

A POVESTI SUFERINȚA

Aspecte subiective în boală și suferință

Editori:

Cristian Bodea și Horațiu Crișan



Presa Universitară Clujeană

A POVESTI SUFERINȚA

ASPECTE SUBIECTIVE ÎN BOALĂ ȘI SUFERINȚĂ

Volum elaborat în cadrul proiectului FABS,
Perspective filosofice contemporane asupra bolii și suferinței,
GAR-UM-2019-XII-3.3-5/15.10.2019

Grant de cercetare
realizat cu sprijin financiar din Fondul Recurent al Donatorilor,
aflat la dispoziția Academiei Române
și gestionat prin Fundația „PATRIMONIU”

A POVESTI SUFERINȚA

ASPECTE SUBIECTIVE ÎN BOALĂ ȘI SUFERINȚĂ

EDITORI:

CRISTIAN BODEA ȘI HORAȚIU CRIȘAN

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2022

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Virgil Ciomoș

Prof. univ. dr. Ion Copoeru

ISBN 978-606-37-1421-4

© 2022 Editorii volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul editorilor, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

Cuprins

INTRODUCERE	7	
1. SCRITURA ȘI NARAȚIUNEA CA MANIFESTĂRI ALE SUFERINȚEI.....	15	
Cristian BODEA		
<i>A povesti suferința. Medicina narativă (narrative medicine)</i>		
<i>în conjuncție cu teoria psihanalitică și fenomenologică.....</i>		17
Virgil CIOMOȘ		
<i>Între simptom și stigmat. Mascaradă „corporală” versus „tatuaj” simbolic</i>		29
Cristian BODEA		
<i>Narațiuni ale inconștientului. „Patologia” vieții de zi cu zi</i>		
<i>sau un comentariu la cartea „Psihopatologia vieții cotidiene”</i>		37
2. TEMPORALITATE, SUBIECTIVITATE, BOALĂ.....	57	
Ion COPOERU		
<i>Agentivitate temporală în boala cronică</i>		59
Horațiu Traian CRIȘAN, Codruța Liana CUCEU		
<i>Boala, suferința și curmarea lor. Problema morală a eutanasiei</i>		
<i>și a suicidului asistat medical.....</i>		73
3. ASPECTE PRACTICE ÎN URGENȚA BOLII ȘI A SUFERINȚEI	87	
Cristina PETRIȘOR		
<i>Riscurile asociate actului medical în Terapie Intensivă. Care este riscul minim</i>		
<i>acceptabil asociat cu spitalizarea, tratamentele, manoperele și procedurile</i>		
<i>specifice TI? Este principiul „Primum non nocere” iluzoriu în TI?.....</i>		89

A povesti suferința. Aspecte subiective în boală și suferință

Roxana TRIȘTIU

Medicina narativă și rolul medicului în managementul durerii dentare 105

Bogdana MICLEA

Dincolo de boală. Întâlnirea medicului cu pacientul 113

4. DOSAR: CE ÎNSEAMNĂ SĂ FII MEDIC AZI? 119

Andrea-Augusta NEMEȘ • Lucian MUREȘAN • Teodora IACOB •
Cristina-Nelida BORA • Iulia Corina FAUR • Măriuța Alexandra
MĂDĂLINA • Raluca MAXINAN • Monica Andra ROTAR

INDEX DE TERMENI 145

LISTA AUTORILOR..... 147

INTRODUCERE

Volumul de față se constituie în jurul ideii de narativitate și al eficacității sale pentru subiectul uman aflat în suferință. Am ajuns la această „soluție” de a organiza volumul colectiv pe care vi-l propunem spre lectură, în urma unei munci de cercetare¹, derulată pe o perioadă de mai bine de doi ani, în care am încercat să valorificăm trei noțiuni filosofice care ocupă un loc central în dezbaterile teoretice contemporane: subiectul, subiectivitatea și intersubiectivitatea.

Titlul pe care l-am ales, „A povesti suferința...”, vrea să reflecte o particularitate a narațiunii, sau a povestirii, anume, aceea de a implica simultan cele trei noțiuni: întotdeauna cineva povestește (subiectul) dintr-o anumită perspectivă (subiectivitatea) și o face adresându-se cuiva (intersubiectivitatea). Cercetarea în jurul acestor noțiuni, mai degrabă secundară, servește unui obiectiv foarte precis pe care echipa proiectului l-a urmărit, și anume, acela de a contribui la o flexibilizare a clasicului model bio-psiho-social care orientează practica medicală actuală. Spunem a contribui, deoarece există deja mișcări în acest sens chiar din interiorul medicinei, una dintre ele fiind *narrative medicine* (medicina narativă) sau, alta, mai vagă și difuză, *patient-centred medicine* (medicina centrată pe pacient). Noi, venind din afara medicinei, ca echipă de filosofi, am pornit de la a constata rigiditatea acestui model atunci când e vorba de a trata boala și suferința. În primul rând, în inflexibilitatea sa, modelul nivelează excesiv diferențele și pune semn de egalitate între boală și suferință, tratându-le pe ambele ca fenomene obiective, chiar și atunci când ia în considerare factori de natură psihologică sau socială. Or, acest lucru se întâmplă, considerăm noi, tocmai datorită faptului că subiectivitatea pacientului este ignorată.

Această ignoranță este o reminiscență a pozitivismului de secol XIX în viziunea căruia știința trebuie să se limiteze doar la datele „obiective”, adică la ceea ce este măsurabil, cuantificabil, calificabil. Subiectul cu subiectivitatea sa, nerăspunzând acestei rigori metodologice, este lăsat la o parte, nu intră în calcul sau, cel puțin, este o complicație inutilă. Filosoful Edmund Husserl, creditat a fi inițiatorul unei noi orientări în cercetarea filosofică, propunea în acest context, cel puțin în ceea ce privește ființa umană, o metoda, nu mai puțin științifică, numită fenomenologică. El pleacă de la constatarea evidentă că, înainte de a fi simple

¹ Proiect de cercetare FABS, *Perspective filosofice contemporane asupra bolii și suferinței*, GAR-UM-2019-XII-3.3-5/15.10.2019.

relații de tipul *input-output*, experiențele noastre cu lumea sunt fenomene. Adică, „obiectele” lumii nu sunt pur și simplu *date*, ci ele apar, sunt *aparente* și, mai mult, sunt așa pentru cineva care le receptează. Or acel receptor, fiind o ființă umană iar nu o mașină, nu este strict pasiv sau strict obiectiv². Subiectivitatea lui (propriile experiențe, trăiri, dispoziții afective sau modele cognitive, ș.a.) co-participă la fenomen. Avantajul în a ține cont de caracterul fenomenal al raportului cu lumea este acela că datele considerate a fi obiective se întregesc cu o dimensiune a probabilității, care nu relativizează ci lasă un spațiu de joc pentru ca ceva nou și neprevăzut să își facă loc.

În medicină, relația mai flexibilă cu pacientul, în sensul că acesta este lăsat să își exprime poziția subiectivă vis-a-vis de ceea ce i se întâmplă (adică, este lăsat să povestească – dar este și ascultat!), poate fi în beneficiul actului medical, aducând date relevante pentru diagnostic dintr-o perspectivă care nu se regăsește în modelul științific prestabilit după care medicul se orientează în analiza cazului. În plus, evoluția însăși a tratamentului ar putea avea un prognostic mai bun, pregătind pacientul și detensionându-l, eliberându-l de o anumită tensiune psihică (Bodea), lucru care îl face mai receptiv și mai dispus la cooperare cu medicul.

După cum unul dintre textele cuprinse în acest volum încearcă să argumenteze, suferința, fie că este cauzată de o boală fizică, fie că este cauzată de una psihică, se reduce, în ultimă instanță, la angoasă (Bodea). Neliniștea de care pacientul este cuprins în fața bolii se cere a fi ascultată iar, aici, rolul medicului este de multe ori trecut cu vederea. Textul lui Cristian Bodea („A povesti suferința. Medicina narativă *narrative medicine* în conjuncție cu teoria psihanalitică și fenomenologică”) se folosește de avantajele analizei psihanalitice și a celei fenomenologice pentru a pune în lumină diversele aspecte pe care afectivitatea le poate lua în narațiune.angoasa, ca afect prin excelență, este punctul maxim în care toate aceste aspecte (inhibiție, împiedicare, stânjenire, emoție, simptom) se concentrează, cu scopul de a găsi o rezolvare (o refulare) în fața dificultăților cu care cineva se confruntă. Este ciudat să regăsim tot în acest punct și dorința, dar, după cum textul ne demonstrează, paradoxul este doar unul dintre elementele prin care inconștientul își dovedește prezența. Această ipoteză a inconștientului subîntinde și face posibilă conjuncția dintre analiza fenomenologică și cea – desigur – psihanalitică, iar fără aceasta nu putem vorbi de un *efect* propriu-zis al afectului.

Despre efectul... în corp, pe care, în mod inconștient, afectul îl are, ne vorbește textul profesorului Virgil Cîmoș. Ideea efectivității afectului „pleacă de la definiția lingvistică, filosofică și psihanalitică a subiectului enunțării (care nu coincide cu acela al enunțului), al cărui loc de înscriere este mereu între cuvinte, între o «zisă» și o altă «zisă», adică în inter-zis. Într-adevăr, tocmai subiectul enunțării – cel dintre

² Dacă a fi pacient înseamnă a fi pasiv, adică a fi cel care suportă un act medical, aplicând metoda fenomenologică medicul s-ar feri să „abuzeze” de această pasivitate *tratând* astfel pacientul ca obiect.

cuvinte – face legătura dintre subiect și predicat. Un loc comun de la Aristotel până la Kant și, mai ales, după acesta din urmă. Există, altfel spus, un (ne-)loc pentru subiectul enunțării tocmai pentru că discursul nostru este lacunar, pentru că el marchează un loc gol între nume și numele predicativ, (ne-)locul subiectului însuși” (Ciomoș). Atunci când subiectul enunțării, sau subiectul care spune povestea, se confruntă cu dificultatea de a-și asuma locul incert indicat printre rânduri, cu alte cuvinte, este *destabilizat în instabilitatea* lui, intervine angoasa. Eșecul angoasei de a restaura subiectul ca subiect al enunțării „tinde să se înscrie direct în corp, sub formă de stigmat, și anume, prin diferite dermatite atopice, de exemplu, prin dermatografisme, psoriazis, lupus, alergii de tot felul și, pare-se, prin alte forme de «inflamare» care completează tabloul unor boli auto-imune cu etiologie psihogenă” (Ciomoș). Iată, o observație foarte utilă pentru medici, mai ales atunci când au pacienți suspect de „relaxați” în privința bolii lor.

De cele mai multe ori, însă, angoasa reușește să replaseze subiectul în poziția sa precară iar efectul ei nu este direct pe corp, sau în corp, ci ține mai degrabă de *funcționalitatea* corpului. Motivată din inconștient să acționeze într-un mod surprinzător pentru subiectul însuși, corpul devine modalitate de expresie pentru gânduri, sentimente, atitudini pe care conștiința refuză să le recunoască. Întoarcerea refumatului se manifestă astfel în acțiuni necontrolate (de conștiință) ale corpului, cum ar fi apucarea greșită a unui obiect sau lovirea lui, dar și pronunțarea unui cuvânt în locul altuia, suprapunerea unor expresii, aluzii involuntare și altele de acest fel. Toate intră sub spectrul larg a ceea ce Freud numea formațiuni ale inconștientului și toate își fac simțită prezența în viața de zi cu zi. Este ceea ce vrea să arate analiza amănunțită a cărții „Psihopatologia vieții cotidiene” făcută, într-un alt text cuprins în volum, de Cristian Bodea.

Cartea lui Freud abundă de narațiuni ale unor întâmplări aparent banale, dar care, odată decodificate, dezvăluie alte narațiuni intime legate de viața subiectului lor. Aceste *alte* narațiuni (pe care ne vom feri să le considerăm metanarațiuni) țin de un determinism psihologic de a cărui existență Freud încearcă să ne convingă. Or, încercarea lui se desfășoară în limita a două fenomene de care o diferențiază: superstiția și paranoia. În viața de zi cu zi avem mereu de-a face cu coincidențe sau întâmplări bizare cărora li se caută răspuns. Această preocupare menține subiectul „normal” în vecinătatea unei patologii și, deci, va (men)ține angoasa subiectului în viață. În definitiv, după cum arată analiza făcută de Cristian Bodea, angoasa (și dorința) este mereu prezentă în viața subiectului, ceea ce ne permite să vorbim despre subiect doar ca fiind un subiect *normopat*, după expresia întâlnită la Lacan.

Despre o cronicizare a bolii vorbește și profesorul Ion Copoeru. Numai că boala nu este în acest caz „patologia” normopatului, ca un fel de suferință existențială teoretizată de Søren Kierkegaard, ci una cât se poate de prezentă și de explicită. În textul său, Ion Copoeru face trimitere clară la suferință ca „experiență trăită a bolii”. Revenim cu aceasta la tema subiectivității, preocupare constantă

pentru noi de-a lungul proiectului care a prilejuit acest volum. Ion Copoeru ne amintește de un alt element central atunci când este vorba despre subiect, subiectivitate și intersubiectivitate: timpul. „De fapt, înțelegerea bolii este în întregime traversată și configurată de temporalitate”, spune el la un moment dat, lăsând să se înțeleagă faptul că, pentru subiect, ceea ce este cu adevărat real pentru subiect este suferința, pe când boala, acest termen „aparține cu siguranță unei anumite culturi și chiar este mai evident în unele dintre straturile acestei culturi. În consecință, *agentivitatea* pacientului este foarte mult determinată de factori culturali și istorici. Această fenomenologie a îmbolnăvirii nu trebuie considerată universală; este, mai degrabă, o secvență a unei antropologii a vieții moderne” (Copoeru).

Cum anume gândim și vorbim despre boală se înscrie într-un lanț semnificativ care se desfășoară în timp după reguli care subiectului îi scapă. Astfel, după cum și în medicina narativă se constată, este mai puțin important ce spune pacientul, mai important fiind cum spune el ceea ce spune. Experiența trăită a bolii este și ea prezentă tot acolo unde subiectul enunțării este prezent, adică printre cuvinte. De aceea, a fi ascultat înseamnă pentru pacient a-l aștepta (pentru a-l întâlni), în acel spațiu indeterminat al enunțării, să spună ceea ce are de spus.

Ce *poate* și ce *nu poate* face pacientul cu boala lui depinde în bună măsură de interacțiunea cu ceilalți, iar lucrul acesta nu este nicăieri mai evident decât în punctul limită al bolii cronice, reprezentat de eutanasiere și suicidul asistat. Textul lui Horațiu Crișan vorbește despre această problemă morală care plasează în centrul dezbaterii calitatea vieții. Argumentul unei vieți bune este folosit în sprijinul ideii de a pune capăt suferinței unui subiect care nu mai vrea să o accepte. Se ridică astfel problema de a i se acorda dreptul la o viață bună, drept care nu poate fi împlinit decât, în ultimă instanță, ... prin moarte. Iată, din nou, un paradox care dovedește realul suferinței și imposibilitatea de a o exprima în mod direct. Tocmai de aceea este atât de dificil stabilirea unui consens cu privire la eutanasiere, ceea ce și face ca, la ora actuală, puține țări să o accepte legal.

Dar, chiar reglementat prin legi, statutul eutanasiei, precum și al suicidului asistat, se dovedește a fi precar. Aceasta, tocmai datorită punctului „slab” reprezentat de suferință. Cum poate fi evaluată suferința pe care subiectul (în mod subiectiv!) o consideră insuportabilă, pentru a hotărî că viața pe care o duce nu mai este una bună? Nu există riscul ca această evaluare să fie, la rândul ei, în bună măsură, subiectivă? Sau, cel puțin, să fie inter-subiectivă, adică influențată de narațiunile dominante la un moment dat într-o anumită cultură? „În Olanda, suferința pacientului trebuie să fie evaluată, conform legii olandeze, de către medic, iar persoanele care pot solicita eutanasia trebuie să fie competente decizional și să aibă deja vârsta adultă, iar în cazul minorilor se aplică aceleași condiționări menționate mai sus. Modurile în care este înțeleasă suferința și condițiile necesare pentru realizarea acestor evaluări sunt precizate în *Codul Eutanasiei* elaborat de Comisiile de verificare regională a cazurilor de eutanasiere.

Ceea ce e demn de remarcat și, totodată, foarte relevant pentru perspectiva filosofică asupra suferinței este că, în acest *Cod al Eutanasiei*, suferința nu este înțeleasă doar dintr-o perspectivă medicală, cum ar putea părea justificat în cazul durerii, al insuficienței respiratorii, al oboselii extreme, ci și dintr-o altă perspectivă ce se referă la dependența de ceilalți, la sentimentele de umilință sau la pierderea demnității” (Crișan). În cazul Olandei, necesitatea ca perspectiva asupra suferinței să fie mai largă decât domeniul strict medical este bine sesizată, dar chiar acest lucru slăbește resorturile obiectiv-medicale pe care o decizie cu privire la eutanasiu, sau suicid asistat, se poate sprijini. Problema este că boala în sine trece pe plan secund, fapt care trimite hotărârea ca viața cuiva să fie stopată în direcția argumentului pantei alunecoase. Acest argument „pornește de la premisa că acceptabilitatea morală a curmării suferinței în anumite situații medicale de origine somatică cu un prognostic foarte rău pentru pacient poate atrage după sine acceptarea intervenției de eutanasiu din rațiuni tot mai generoase și fără origine somatică sau medicală, fapt ce poate implica o largă acceptare etică și, ulterior legală, ceea ce poate implica, în definitiv, și riscul unor abuzuri ce nu ar mai putea fi evitate printr-un sistem de monitorizare precisă a aplicării acestei intervenții” (Crișan).

Desprinsă de boală (fizică sau psihică), suferința devine pentru contextul medical un concept prea abstract pentru ca soluția eutanasiei, sau a suicidului asistat, să mai poată fi considerată un act medical. Este o problemă la care, poate, cititorii acestui volum vor reflecta.

Un bun motiv de reflexie este și articolul științific cu care medicul Cristina Petrișor își aduce contribuția. Pornind de la două observații din viața cotidiană cu privire la felul în care o parte a publicului larg se raportează la actul medical, în special actul medical de urgență, dr. Petrișor ne oferă argumente științifice, obiective, în sprijinul ideii că principiul fundamental al eticii medicale, transmis de la Hipocrat încoace, acela de a nu face rău („*primum non nocere!*”), este încă valid. În ciuda unor percepții eronate din partea societății civile, „oamenii nu se omoară în spitale” – ca să parafrazăm o afirmație demnă de rubrica „declarații șocante” și culeasă de dr. Petrișor.

Problema conștienței mecanice în secțiile de terapie intensivă (TI) și a infecțiilor nosocomiale a luat proporții fantasmagorice în imaginarul colectiv, cu atât mai mult în contextul stării de excepție provocate de pandemia de COVID-19. Astfel, s-a ajuns la situații în care pacienții (sau, mai grav, aparținătorii) să refuze intervenții medicale absolut necesare, cu efecte dramatice. Și nu numai pentru pacienți: „problematica de mai sus referitoare la refuzul de a accepta proceduri medicale pe care personalul le poate asigura la un moment dat este unul dintre factorii care pot să genereze suferință morală: poate să fie frustrant să poți ajuta un pacient, dar să te lovești de refuzul acestuia sau al familiei, moment în care principiile morale referitoare la respectul autonomiei și binefacerii pot să fie contradictorii” (Petrișor). La aceste dileme morale cu care se confruntă personalul

medical se adăuga stresul fizic și psihic generate de volumul de muncă și intensitatea ei. În aceste condiții, autoarea se întreabă pe bună dreptate care este structura psihologică necesară pentru a face față muncii solicitante și riscurilor de tot felul la care personalul medical se expune.

Un răspuns nu este ușor de dat, dar această întrebare ne aduce în proximitatea aceleași probleme a subiectivității și a intersubiectivității. Spre deosebire de situațiile analizate de cei doi autori înainte menționați (Copoeru, Crișan), dr. Petrișor vorbește despre boală din perspectiva ei acută, atunci când timpul se comprimă la maxim, iar între boală și suferință distanța devine minimă. Acum, medicul nu își mai pune problema de a curma viața, și nici măcar suferința, oprind boala, ci, dimpotrivă, luptă cu toate puterile pentru a o salva, boala și suferința devenind elementele cu care lucrează. „Intenția și scopul managementului oricărui pacient în secția de TI este binefacerea – susținerea disfuncțiilor și insuficiențelor de organ până când este tratată cauza primară ce a dus la dezechilibrele majore cu risc vital” (Petrișor). Pacienții ajunși la terapie intensivă se află într-un pericol iminent care-i suspendă în subiectivitatea lor. În schimb, funcția subiectivă este preluată de ceilalți (aparținători și personal medical), iar modul în care diversele narațiuni se intersectează au efect direct asupra vieții și bunăstării pacientului.

Dacă medicii sunt ghidați de principiul „*primum non nocere*”, principiile care ghidează, în schimb, cealaltă parte implicată în managementul urgenței sunt dintre cele mai diverse. Ele cad sub incidența multiplelor narațiuni care circulă la un moment dat, ceea ce dovedește gradul în care boala este, într-adevăr, un construct cultural (în plină pandemie COVID-19 se ajunge până la a se spune că boala cauzată de virus nu există, „e o simplă răceală”, sau că virusul însuși nu există). Din păcate, principiul de a nu face rău care orientează actul medical este insuficient fără „crearea unui climat psihologic și etic de siguranță, cu comunicare bună între cadrele medicale [...]” (Petrișor).

Cum pot fi contraccarate narațiunile care dăunează actului medical? Medicina narativă propune nu confruntarea directă, invalidarea autoritară, ci, cel puțin la nivel intersubiectiv, să se creeze „o nouă poveste”. „Potrivit lui Charon, există patru diviziuni care contribuie la deconectarea care ar putea apărea între medic și pacient, și anume relația cu mortalitatea, contextul bolii, convingerile despre cauzalitatea bolii, și apoi rușinea, vina și frica. Prin intermediul conversației, se creează o înțelegere comună a situației medicale [...]” (Trîștiu). Din domeniul medicinei dentare, medicul Roxana Trîștiu ne confirmă rolul poveștii, al narațiunii, în tratament. Acest lucru este cel mai evident în cazul copiilor, unde, de exemplu, clinicile medicale specializate folosesc „*ad litteram*” poveștile, prin decoruri inspirate după personaje îndrăgite de copii. De asemenea, instrumentele medicale devin „albinuțe”, „bondărei”, „elefanței”, totul cu efecte pozitive în ceea ce privește acceptarea manoperelor necesare intervenției de specialitate.

Folosirea narațiunii în avantajul actului medical este însă mult mai dificilă în cazul adolescenților sau adulților tineri. În acest caz, dimpotrivă, narativul colectiv promovat în special de social-media este un obstacol pentru un tratament adecvat. De multe ori tinerii vin cu așteptări nerealiste, solicitând intervenții care din punct de vedere medical nu sunt necesare. De exemplu, dorința de a avea „un zâmbet ca la Hollywood”. Întâmpinată cu scepticism, această dorință de a răspunde întocmai unui ideal de frumusețe promovat de narațiunile dominante la un moment dat poate avea efectul neașteptat ca pacientul să respingă tratamentul medical cu totul, privându-se astfel de intervenții necesare pe termen scurt sau lung.

Dacă această situație apare, după cum spuneam, într-un context cultural precis, ea nu ar fi cu puțință fără stadiul actual avansat al medicinei dentare. Anestezicele eficiente și aparatura performantă permit acum o anumită „lejeritate” când e vorba de a merge la medicul dentist. Nu acesta e cazul și pentru persoanele adulte și în vârstă. Pentru ele trauma unei întâlniri dureroase cu dentistul încă persistă, ceea ce face fiecare vizită la stomatolog angoasantă. Mai ales în contextul economico-politic din perioada dinaintea anilor '90, anestezicele erau mult mai rar folosite, cu o eficiență scăzută, tratamentul medical fiind de regulă dureros.

Asocierea durerii la cuplul boală-suferință dă sentimentul unei urgențe, dar și pe acela al unui impediment în găsirea unei rezoluții cu privire la situația în care pacientul se află. Este tocmai rolul și funcția angoasei, așa cum este descrisă în unul dintre textele cuprinse în acest volum. Desprindem de aici ideea că angoasa însăși este o formă de durere. Prin aceasta, angoasa, durerea, au capacitatea de a transcende ideile subiective sau de grup, având efectivitate în beneficiul pacientului care „este constrâns de împrejurări să treacă peste posibila lipsă de încredere în medicul căruia i se adresează” (Trîștiu). Chiar mai mult, sprijinul solicitat medicului începe să i se adrese chiar *lui* (ca subiectivitate), astfel că, aflăm de la dr. Trîștiu, la instrumentele tehnice de care medicul dispune se adaugă altele, dinafara stomatologiei, cum ar fi diverse tehnici de relaxare, sau chiar hipnoza.

Rolul pe care persoana medicului îl joacă în tratament este cel mai evident în psihiatrie. După cum constată dr. Bogdana Miclea „gândirea structurată singură, dialogul ce păstrează doar elementele de primire și transmitere a unor informații, privează pacientul de dimensiunea simbolică a relației cu celălalt și de ocazia de a iniția un proces complex și îndelungat prin care se încearcă chiar recuperarea deficitului fundamental de subiectivitate ce caracterizează o bună parte din persoanele cu patologie psihică. Întâlnirea cu subiectivitatea medicului poate constitui un element prețios ce poate fi ratat dacă se rămâne într-un plan pur intelectual”.

Răspunsul la acest pur intelectualism care generează un „tehnicism dominant” (Miclea) în medicină a motivat și cercetarea noastră, încheiată cu volumul de față. Deschiderea nu doar spre date științifice exacte ci și spre „componenta relațională interumană” (Miclea), sau spre intersubiectivitate, am spune noi, este în egală măsură importantă, iar medicul psihiatru Bogdana Miclea

enunță această concluzie bazându-se pe experiența proprie cu pacienții. Din aceeași experiență rezultă o observație care pentru noi este în mod deosebit interesantă: rolul pe care timpul îl joacă în tratamentul psihiatric și nevoia, și cererea, ca acesta să fie cât mai scurt. Regăsim o *nevoie* din partea sistemului medical, dictată de rațiuni economice, dar și, în mod surprinzător, o *cerere* din partea pacientului dictată, probabil, de aceleași rațiuni (mai mult sau mai puțin directe). Se creează astfel un sentiment al urgenței, doar că el este produs în mod artificial, din afară, de factori în ansamblul lor culturali. Ceea ce rezultă este complicitatea între cei care ar trebui să trateze și cei care solicită tratamentul, îndreptată tocmai împotriva elementului care ghidează cel mai bine psihiatrul în lucrul cu pacientul: angoasa. În plus, diversiunea creată de falsa urgență împiedică stabilirea unei relații intersubiective, fapt care ridică serioase întrebări cu privire la rolul medicului și la motivațiile sale.

De cealaltă parte a angoasei se află dorința. Dincolo de principiul de a nu face rău înainte de toate (*primum non nocere*) ar trebui să stea dorința de a face bine, dorință care plasează meseria de medic nu doar în vecinătatea unei etici a responsabilității ci și în aceea a unei etici a vocației. De lucrul acesta încearcă să ne convingă textul care deschide *Dosarul* de la finalul acestui volum, și în care am adresat unui număr de medici întrebarea „Ce înseamnă să fii medic azi?”. Dr. Andrea-Augusta Nemeș ne răspunde franc: „Să fii medic psihiatru înseamnă dăruire, înseamnă să iubești oamenii, să crezi în ei, să fii empatic, să știi să ascuți, să fii răbdător și atent cu sufletul pacientului din fața ta, să fii deschis, să nu judeci, să înțelegi, să oferi sprijin necondiționat”. Desigur, dr. Nemeș face referire la specializarea în care practică, dar nu este, oare, ceea ce spune, valabil pentru toate specializările?

Din răspunsurile pe care le-am primit la întrebarea noastră transpare că da, indiferent de specializare, medicul este motivat de aceleași resorturi interne ca cele enumerate mai sus, și care pot fi, într-un spectru mai larg, încadrate ca fiind umaniste. Dorința medicului este, în ultimă instanță, îndreptată spre oameni și se naște din relația cu oamenii, iar dr. Nemeș ne dă dovada cea mai clară în acest sens. În textul pe care ni-l propune arată cealaltă parte a intersubiectivității medic-pacient: subiectivitatea medicului.

Este tocmai ceea ce ne-am propus cu *Dosarul* cuprins în volum. Am vrut să facem o colecție de narațiuni care să redea în mod subiectiv felul în care este asumat rolul de medic. Avem mărturii din cele mai variate, din partea unor medici deja afirmați în meseria lor, cum este Andrea-Augusta Nemeș, dar și Lucian Mureșan sau Teodora Iacob, la medici aflați la începutul carierei, medici rezidenți la diverse spitale din Cluj-Napoca. Au mai răspuns solicitării noastre, și le mulțumim: Cristina-Nelida Bora, Iulia Corina Faur, Măriuța Alexandra Mădălina, Raluca Maxinan, Monica Andra Rotar.

Cristian Bodea

1.

**SCRIITURA ȘI NARAȚIUNEA
CA MANIFESTĂRI ALE SUFERINȚEI**

A povesti suferința.

Medicina narativă (*narrative medicine*)

în conjuncție cu teoria psihanalitică și fenomenologică

CRISTIAN BODEA

1. Corpul vorbitor și opacitatea lui. Ipoteza inconștientului

În ciuda celor mai performante aparate de imagistică medicală sau a celor mai sofisticate metode de investigare bio-chimică, corpul uman nu este transparent. Supus investigațiilor, acesta oferă doar informații parțiale, indici, markeri, simptome. Medicul identifică boala prin toate aceste urme pe care ea le lasă în corpul pacientului, acesta din urmă rămânând, în esența lui, opac pentru investigator. De aici și specializările sau supra-specializările medicale. Considerând că este suficient să se concentreze pe acea bucățică de carne, pe acel organ sau funcție a corpului afectată de boală, specialistul confirmă premisa corpului care nu este transparent, simultan cu excluderea necesității unei vederi de ansamblu. El exclude, cu alte cuvinte, utilitatea opacității corpului în actul medical.

Ceea ce este invizibil, deci opac, pentru analizele medicale este tocmai elementul care transforma boala în ceva mai mult decât o simplă eroare de organ: o transformă în suferință. Un corp bolnav suferă. Dar nu suferă doar din cauza bolii ci suferă și de faptul de a fi bolnav, adică de a fi fragil, de a avea o vulnerabilitate. Pacientul se prezintă medicului nu doar cu boala lui ci și cu această vulnerabilitate și, mai ales, despre ea povestește el medicului. Povestește despre faptul că nici măcar pentru el corpul său nu este transparent: i se întâmplă ceva ce nu înțelege și nu vede de ce i se întâmplă tocmai lui. Opacitatea cu care se confruntă nu este altceva decât opacitatea propriului inconștient.

Inconștientul este acea parte a corpului care ne scapă. Și ne scapă nu pentru că nu am ajuns cu aparatura sau metodele de investigare medicale la un nivel suficient de înalt de sofisticare, ci deoarece acea parte obscură ține de o proprietate specială a corpului uman, anume aceea de a putea vorbi. „Inconștientul este structurat ca un limbaj” spune Lacan. Altfel spus, el este o structură rezultată în urma vorbirii, este o consecință a corpului vorbitor.

În literatura de specialitate există nenumărate teorii ale inconștientului. O să relatăm foarte pe scurt câteva elemente ale celei freudiene, de altfel, teoria care a marcat puternic secolul nostru și, probabil, se va întinde peste secolul care tocmai a început. Mai exact, o să prezentăm această teorie despre inconștient așa cum a fost redată de Tamás Ullmann în *Les modèles de l'inconscient*¹. Sinteza pe care o face Tamás Ullmann, ca fenomenolog, nu se rezumă la a expune teoria freudiană asupra inconștientului ci, totodată, încearcă să o elibereze de unele concepții inexacte asupra inconștientului și este în acord cu mișcarea deja făcută de către Jacques Lacan în eseu „Position de l'inconscient” din „Écrits”² ca parte a strategiei sale de „revenire la Freud”. Cităm mai întâi ideile considerat ca fiind eronate cu privire la inconștient:

- „1. Inconștientul este a doua noastră conștiință.
2. Inconștientul este un rezervor al reprezentărilor, un oarecare *loc* al aparatului nostru psihic în care ținem reprezentările penibile și rușinoase.
3. Inconștientul este, într-o oarecare măsură, *cauza* fenomenelor surprinzătoare (lapsus, vise, simptome nevrotice etc.).
4. Inconștientul este un eu amoral, capricios [...] umbra eului nostru conștient, un fel de *humunculus* periculos prezent în noi.
5. Inconștientul este locul în care se manifestă instinctele biologice, [...] așadar, este biologicul în măsura în care se opune „spiritualului”. ”³

Și, acum, ce se poate afirma pozitiv despre inconștient:

- „1. Inconștientul nu este un sistem somatic, ci o funcțiune psihică [...] un sistem ce poate fi caracterizat prin «mecanismele» de sens [...]. Dacă vorbim despre un sistem psihic inconștient, vorbim despre *formarea sensului*.
2. Inconștientul are propriile forme de a gândi [...] nu este rezervorul atavic al unor procese haotice și arbitrare [...].
3. Inconștientul este un sistem ordonat [...]. Freud se deprinde de naivitatea filosofică potrivit căreia gândirea este identică cu activitatea conștientă iar *logos*-ul aparține doar rațiunii și înțelegerii. [...] Așadar, nu este exagerat să vorbim despre o *gândire inconștientă* [...].
4. Inconștientul este *stratul arhaic* al realității psihice: dorința inconștientă nu funcționează în mod irațional ci urmează principiul plăcerii în locul celui al realității [...].
5. Inconștientul corespunde, deci, proceselor primare (condensarea, deplasarea, simbolizarea, refularea).

¹ Cf. Tamás Ullmann, *Les modèles de l'inconscient* în Bodea, Cristian & Popa, Delia (ed.), *Describing the Unconscious. Phenomenological Perspectives on the Subject of Psychoanalysis*.

² Cf. Lacan, Jacques, *Écrits: The First Complete Edition in English*.

³ Bodea, Cristian & Popa, Delia (ed.), *Describing the Unconscious. Phenomenological Perspectives on the Subject of Psychoanalysis*, pp. 22-23 (t.n.).

6. Inconștientul acceptă contradicțiile [...]. Pulsunile nu se contrazic, nu se influențează una pe cealaltă, și una nu o suprimă pe alta.

7. Inconștientul este *atemporal* [...] o preocupare inconștientă are efectul unei prezențe eterne până în momentul în care este transformată sau re-codificată de către un alt eveniment.

8. Inconștientul substituie realității exterioare *realitatea psihică*.⁴

Dintre toate aceste aserțiuni pozitive despre inconștient, prima apare cel mai pregnant în suferința de cauze organice. Formarea sensului pune în tensiune sistemul psihic inconștient în așa măsură încât pacientul poate căuta cele mai fantasmatiche explicații pentru suferința lui, poate denatura relația cu propriul corp relatând simptome care nu au corespondență la nivel corporal sau chiar creând simptome organice fără nici o relație cu boala (sau cu vreo boală organică), cum este cazul psiho-somatizărilor⁵. Or, toate aceste „diversiuni” complică anamneza, o fac greoaie sau o pot chiar trimite pe piste greșite în stabilirea diagnosticului. Tocmai de aceea, considerăm că este în folosul actului medical punerea în gardă a medicului, informarea lui cu privire la acest element subiectiv care intervine în anamneză și care este generat de o structură inconștientă a psihismului uman, structură rezistentă, opacă abordărilor obiectiviste.

2. Suferința ca problemă de sens și recuperarea (inter)subiectivității în medicina narativă

Atâta timp cât idealul unei anamneze este obiectivitatea, medicul însuși va opune rezistență subiectivității. Este un mecanism de apărare, un „dispozitiv” cu rolul bine intenționat de a optimiza actul medical în beneficiul pacientului, și care s-a construit în timp și a evoluat odată cu medicina ca știință ce tinde a fi cât mai exactă. În virtutea acestei mișcări evolutive orice urmă de subiectivitate, atât din partea pacientului cât și din cea a medicului, se dorește a fi înlăturată. Nu este astfel surprinzător faptul că există voci care întrevăd că în viitor inteligența artificială (IA) va lua locul medicului.

Recuperarea (inter)subiectivității ca parte integrantă a actului medical reprezintă un alt mod de a gestiona tensiunea psihică inconștientă confruntată cu dificultatea de a da sens contingenței bolii. Din interiorul domeniului medical, Rita Charon propune în direcția aceasta o abordare pe care o numește medicină narativă (*narrative medicine*). Efectul acestei abordări nu este de a „rezolva” tensiunea psihică inconștientă ignorând-o, așa cum o cere dispozitivul obiectiv al anamnezei, ci de a produce o detensionare prin faptul că lasă tensiunea psihică să

⁴ *Ibidem*.

⁵ Cf. D. Leader, D. Corfield, *De ce se îmbolnăvesc oamenii?*

se manifeste, și astfel să se diminueze, prin toate producțiile de sens pe care subiectul suferind e dispus să le construiască. Iată un asemenea episod descris de Charon:

„Un dominican în vârstă de patruzeci și opt de ani vine la consultație pentru prima dată, după ce a ales la întâmplare numele meu din broșura *Medicaid Managed Care*. Suferea de mai mult timp de amețeli și dureri în piept și, îmi spune el, se teme că ar avea ceva la inimă. «Mi-ați putea povesti tot ce credeți că ar trebui să știu despre problema dumneavoastră?», îl întreb eu. Și apoi mă străduiesc să nu mai spun nimic, să nu scriu în fișa lui medicală, ci doar să absorb tot ceea ce pacientul enunță despre sine – despre viața sa, corpul său, temerile și speranțele sale. Ascult nu doar conținutul ci și forma povestirii sale – fluxul ei temporal, imaginile folosite, intrigile adiacente, pauzele, locul de unde se hotărăște să înceapă, cum asociază simptomele cu alte evenimente din viața sa. După câteva minute, pacientul nu mai vorbește și începe să lăcrezeze. Îl întreb de ce plânge. «Nimeni nu m-a lăsat să fac asta până acum», spune.”⁶

Sunt de remarcat două elemente importante în relatarea Ritei Charon: 1) modul în care relaționează cu pacientul; 2) reacția acestuia la final. În cele ce urmează o să le dezvoltăm pe fiecare în parte.

Mai întâi, relația cu pacientul. Aceasta iese din tiparele obișnuite ale relației medic-pacient, în care medicul întreabă și pacientul răspunde. O asemenea relație, proprie dispozitivului anamnezei amintit mai sus, se desfășoară după modelul unui interogatoriu, în care întrebări tip așteaptă răspunsul pentru a fi bifate. Într-o asemenea relație, pacientul are mai degrabă un rol secundar, pasiv, abstract. Tocmai în virtutea faptului că este pacient, i se cere să suporte interogatoriu ca și cum actul medical ar fi început deja cu anamneza. Rita Charon, în schimb, lasă o distanță, un timp de acomodare, un răgaz pentru ca persoana în suferință să se pregătească pentru a fi pacient. În opinia noastră, ea face din anamneză mai mult decât un simplu dialog cu întrebări și răspunsuri: face din ea un moment narativ. De aici, ideea medicinei narrative pentru care pacientul, înainte de toate, este un subiect cu ceva de spus. Medicina narativă îl invită să își povestească suferința, să își exprime punctul de vedere în legătură cu ceea ce se întâmplă. Se prea poate ca acest punct de vedere să nu aibă valoare medicală, dar nu este exclus, în schimb, să aibă valoare curativă.

Când Rita Charon îl invită pe dominicanul care vine la consultație să spună tot ceea ce crede el că e important de știut în legătură cu problemă lui, mizează pe un asemenea efect curativ. Pacientul este tratat ca un subiect în toată concretețea lui: este un corp în viață care are speranțe și temeri, ca să o parafrazăm pe Charon. Este, s-ar spune în teoria psihianalitică lacaniană, un subiect care dorește (sau, un

⁶ R. Charon, *Psychoanalysis and Narrative Medicine*, p. 23 [toate traduceri dintr-o limbă străină, dacă nu este altfel menționat, aparțin autorului] .

subiect doritor). Această dimensiune de subiect care are o dorință proprie se cere a fi recunoscută de către celălalt, fie el un celălalt care este medic (sau, poate, cu atât mai mult cu cât cel care ascultă este medic). Intuind această nevoie particulară de recunoaștere, Rita Charon creează, să zicem așa, un „dispozitiv” neinvaziv, ce nu presează pacientul să spună altceva decât ar vrea el să spună. Pentru aceasta, e nevoie ca medicul să dobândească noi aptitudini care să îl ajute să se plaseze în ceea ce Charon numește „poziția diastolică”⁷, adică o poziție „relaxată, de asimilare, de acceptare, oceanică și împlinită”⁸. Este o poziție (atitudine) destul de similară cu poziția psihanalistului, lucru pe care Charon îl afirmă în mod explicit.

Reacția bărbatului la finalul întrevederii dintre cei doi dovedește faptul că a proceda în felul acesta nu este fără efect. Am ajuns la al doilea moment semnificativ din episodul relatat de Charon. Comentariul, care tot aici vine ca o explicație la reacția lui emoțională („Nimeni nu m-a lăsat să fac asta până acum”) poate să afirme, sau nu, eficiența modului nou de relaționare cu pacientul. Descărcarea lui emoțională este, în schimb, o garanție în acest sens. Lacrimile pacientului nu sunt simple lacrimi de fericire, în sensul că, până acum nu s-a procedat așa cu el și acum, în sfârșit, cineva îl lasă să vorbească și, prin urmare, e fericit. Ele sunt ceva mai mult, fiind ele însele un simptom. Lacrimile, plânsul, sunt simptomul unei angoase constitutive subiectului, pe care, fără îndoială, boala și suferința o exacerbează. Vorbind, producând sens, persoana în cauză îi permite să se manifeste, o poate înscrie într-un discurs, el însuși angoasat, care ajunge la climax în plâns. Am putea spune, are loc o psihosomatizare în care corpul și limbajul se arată ca părți ale aceluiași tot unitar care determină unicitatea subiectului.

Dorința (în limbaj) și angoasa (în corp), două fețe ale aceleiași monede, indică o calitate a persoanei umane la care celălalt coparticipă în mod mai mult sau mai puțin explicit. Din punct de vedere fenomenologic, avem de-a face cu o relație intersubiectivă, în care un subiect se constituie prin, și împreună cu celălalt printr-o cuplare (celebrul *Paarung* husserlian) favorizată de empatie.

În cadrul medicinei narative empatia este recunoscută ca un element important. Dar, cum orice diastolă este cu necesitate urmată de o sistolă, pentru a putea vorbi într-adevăr de o funcție cardiacă, empatia, receptivitatea medicului, nu este suficientă pentru ca suferința să poată fi alinată. El trebuie să urmărească în mod activ și acele semnale obiective care tulbură „liniștea sănătății”⁹. Pentru aceasta, medicul este ajutat de știința lui, care este o știință a generalului, a abstractului. Empatia și poziția diastolică ajută, pe lângă obținerea unor informații din „interior”, din interiorul intersubiectivității, care ar putea fi valoroase pentru diagnostic, și la formarea unei abordări mai etice când se pune problema de a

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*, p. 24.

reduce la general complexitatea unui subiect singular, în carne și oase. Ideea medicinei narative este ideea unei medicine „practicate cu competența narativă de a recunoaște presiunea timpului, de a aprecia singularitatea pacienților și a sinelui, de a cerceta cauza și de a tolera brutalitatea contingenței bolii, de a îndrăzni stabilirea unei legături intersubiective cu bolnavii și de a îndeplini datoria etică rezultată din poveștile ascultate despre boală.”¹⁰

Ascultându-l pe celălalt povestind despre boală, medicul este angajat etic într-o relație intersubiectivă: poate să-i pese sau poate să nu-i pese de suferința bolnavului. Este angajat astfel într-o etică a grijii în care singularitatea pacientului intră, să zicem așa, în schema de tratament, chiar dacă reprezintă o opacitate ea însăși neschematizabilă. Povestind despre boală, pacientul își povestește, de fapt, angoasa inconștientă.

3. Raportul intersubiectiv inconștient sau conștient: afect sau pasiune – repere fenomenologice

Există numeroase definiții ale angoasei, în funcție de diversele orientări teoretice care o dau. În cele ce urmează, o să vorbim despre angoasă din perspectiva teoriei psihanalitice freudiene și lacaniene în care angoasa este definită ca afect – mai exact, lucru accentuat în teoria lacaniană, ca afect de limbaj.

Afectul a fost tematizat în teoria psihanalitică pentru prima oară de Freud, el preluând, la rândul lui, o anumită dezvoltare teoretică deja prezentă în tradiția filosofică germană. Freud definește afectul ca „o stare situată pe axa plăcere-neplăcere, ce poate fi, deci, plăcută sau neplăcută în relație cu manifestarea pulsuniilor”¹¹. Dar, atrage atenția psihanaliza lacaniană, la Freud pulsuniunea (*Trieb*), eronat confundată cu instinctul, trece prin limbaj (pulsuniunea nu este instinct tocmai deoarece trece prin limbaj). Așadar, afectul este o manifestare a pulsuniilor în funcție de medierea limbajului. Atunci când această mediere este insuficient prezentă, afectul primește o încărcătură negativă, neplăcută. În schimb, o bună mediere în limbaj ține axa plăcere-neplăcere într-un oarecare echilibru, într-un echilibru instabil, ca să spunem așa. Echilibrul nu este perfect deoarece limbajul însuși, ca negativitate (Hegel), frustrează pulsuniunea, ceea ce determină permanența unui fond de neliniște caracteristic ființei umane. Din această cauză, starea „naturală” a ființei umane este nevroza, o nevroză, desigur „normopată” (Lacan) deoarece este latentă și inconștient refulată. De fapt, „normopatia”, refularea și inconștientul sunt trei elemente care se definesc reciproc și care a sigură o bună funcționare, una *rezonabilă*, omului. Atunci când unul dintre ele lipsește, lipsesc și celelalte două, caz în care vorbim despre un subiect psihotic. Subiectul psihotic nu

¹⁰ *Ibidem*, p. 25.

¹¹ Colette Soler, *Lacanian Affects: The Function of Affect in Lacan's Work*, p. 1.

suferă refularea, iar tocmai această lipsă îi produce o suferință dincolo de axa plăcere-neplăcere. El suferă pentru că nu poate suferi (Lacan), ceea ce face din suferința lui una greu de înțeles și, prin urmare, dificil de a provoca un răspuns empatic (Freud, de altfel, se ocupă foarte puțin de pacienți psihotici).

În teoria freudiană a afectului regăsim o abordare cantitativă, prin care starea plăcută sau neplăcută devine expresia unui reglaj al energiei psihice. Însă, acest reglaj tot nu explică cum anume plăcerea sau neplăcerea sunt trăite subiectiv ca fiind calități de care subiectul se ferește sau pe care le caută. Cu alte cuvinte, Freud se confruntă cu dilema saltului cantitate-calitate, pe care nu îl poate explica altfel decât prin celebra sa teorie a sublimării. Însă, aceasta este o explicație destul de nesatisfăcătoare, consideră Marc Richir¹². Argumentul dat în acest sens este acela că Freud, preluând teoria afectului din tradiția filosofică germană, nu preia, din păcate, și diferența dintre afect și pasiune, subliniată în special de Kant. Această diferențiere îi permitea lui Kant să plaseze afectul în ceea ce ar fi mai mult decât o simplă sublimare, adică, să îl integreze într-o experiență simultan activă și pasivă (plăcută și neplăcută), anume, în experiența sublimului.

Dacă Freud introducea primul teoria afectului în psihanaliză, Kant o introducea primul în filosofie. Etimologia cuvântului este latinescul *afficere*, termen care, ține să sublinieze Marc Richir, trimite la ideea de a fi atins (pasiv) și implică o modificare (activ) pentru cel atins¹³. Kant este nevoit să împrumute acest termen, care, până la el face istorie mai ales în teologie, tocmai pentru că vrea să nuanțeze pasiunea, după aceeași logică, credem noi, după care nuanțează conceptul de frumos. Într-o notă de subsol din paragraful 29 al *Criticii facultății de judecare*, diferențiază net afectele de pasiuni:

„Afectele se deosebesc specific de *pasiuni*. Primele se raportează doar la sentiment; ultimele țin de facultatea de a dori și sunt înclinații care îngreunează sau fac imposibilă determinarea liberului arbitru de către principii. Afectele sunt furtunoase și necugetate [nereflectate, n.n.], pasiunile sunt durabile și chibzuite. Astfel, supărarea, ca furie, este un afect, dar ca ură (dorința de răzbunare) este o pasiune. Aceasta nu poate fi niciodată și în nici o circumstanță numită sublimă, deoarece prin afect libertatea spiritului este doar *blocată*, în timp ce prin pasiune ea este *suprimată*”¹⁴.

Observăm trei paliere după care este depliată de Kant diferența dintre afecte și pasiuni: timpul, rațiunea și sublimul. În funcție de acestea, putem reinterpretă ceea ce filosoful german spune mai sus. Astfel, afectele sunt fugace și nu se derulează în timp. Prin urmare, ele nici nu pot fi asociate în vreun fel rațiunii. Rămâne că sunt iraționale și, în același timp, sublime. Pe de altă parte, pasiunile au

¹² Cf. Marc Richir, *Affectivité*, pp. 347-353.

¹³ Cf. M. Richir, *op.cit.*

¹⁴ I. Kant, *Critica facultății de judecare*, p. 111.

o temporalitate a lor, ceea ce le asociază rațiunii, chiar dacă într-un mod negativ. Ele au o durată temporală, de aceea se opun sublimului, care reprezintă o experiență de moment, fără a se întinde pe o durată temporală mai mare decât clipa. Poate tocmai acest atribut limitativ face ca, în mod paradoxal, afectele să fie „sincere și deschise” (Richir), pe când pasiunile sunt ascunse, insinuante și închise în ele însele. Diferența dintre furie și ură este un exemplu cât se poate de ilustrativ pe care Kant îl dă. Furia, oricât de ciudat ar părea, exclude responsabilitatea etică, lucru care nu este valabil și în cazul pasiunilor, unde subiectul se angajează în mod activ în sentimentele sale negative. Lucrul acesta pare a contrazice ultima parte a citatului de mai sus, ultima propoziție, mai exact, unde este invocată libertatea spiritului. În pasiune, libertatea spiritului este suprimată, pe când, în afect, ea este doar blocată (pe moment, am spune noi). De aceea afectul este sublim, deoarece, ca să folosim o concepție richiriană despre sublim, ar reprezenta o scurtcircuitare a instituirii simbolice, adică o suspendare a rațiunii, care nu este în detrimentul libertății spiritului (ba chiar dimpotrivă). După un asemenea moment, cum este cel al sublimului, de descărcare emoțională, subiectul își va redobândi libertatea spiritului și buna judecată. Este, credem, ceea ce se întâmplă în exemplul dat de Charon și comentat de noi în capitolul anterior.

În pasiune, în schimb, emoțiile se cumulează, se inflamează, simultan instituirea simbolică și uzul rațiunii fiind în continuare operaționale. Tocmai pentru că acestea sunt operaționale, pot integra simbolic pasiunea într-o desfășurare temporală și spațială pe care subiectul o instrumentalizează. Ceea ce ar putea fi doar un blocaj de moment a libertății spiritului (o stare de excepție) se prelungește astfel și ajunge să se „normalizeze”, adică, să devină o normă după care subiectul se orientează în relația cu celălalt. De aici, responsabilitatea etică.

Teoria psihanalitică pe care Jacques Lacan o dezvoltă pare a răspunde acestei sensibilități kantiene cu privire la diferența dintre afect și pasiune. El găsește în angoasă afectul prin excelență și, fără a teoretiza asupra pasiunii, desprinde angoasa de celelalte dispoziții ale subiectului catalogate, pur și simplu, drept sentimente. Sentimentele mint, spune Lacan, sunt înșelătoare; sunt, în lumina celor spuse mai sus, pasiuni.

Pentru că nu ne putem baza pe sentimente (fie ele ale pacientului), Lacan ia angoasa drept un criteriu esențial în cura psihanalitică iar în teoria sa face din ea un element cheie. Contrar poziției kantiene, Lacan pune angoasa, ca afect, de partea dorinței, pe când toate celelalte pasiuni sunt echivalate cu sentimentul. Răsturnarea nu ar fi fost posibilă fără invenția freudiană a inconștientului ca refulare a unei dorințe obscure. Pentru Lacan, dorința și angoasa sunt pe aceeași axă inconștientă, pe când la Kant dorința este întotdeauna conștientă. Putem spune ceea ce (ne) dorim, crede Kant. În schimb, Lacan crede că o asemenea spusă este imposibilă, obiectul dorinței, și cauză a ei (obiectul a), fiind ascuns în inconștient.

Tensiunea pe care o creează imposibilitatea dorinței în limbaj produce angoasă, ceea ce explică ideea de angoasă ca efect de limbaj.

4. Narațiunea ca act afectiv. Relevanța teoretică a actului în psihanaliza lacaniană

Efectivitatea afectului angoasă este manifestă în act. Când limbajul nu mai poate dezamorsa tensiunea angoasantă a dorinței (pentru că distanța dintre dorință și obiectul ei se reduce), subiectul va acționa în acest sens, printr-un non-sens, să zicem așa, care este actul. Aceasta face însă din act un caz particular al acțiunii, ceea ce înseamnă că, în accepțiunea lacaniană, nu orice acțiune este și act. „Vorbim despre act atunci când o acțiune are caracterul unei manifestări semnificante în care se găsește înscris ceea ce poate fi numit ecartul dorinței. O acțiune este un act în măsura în care în ea este manifestă tocmai dorința pe care s-ar presupune că o inhibă”¹⁵.

Există două asemenea acțiuni semnificante ce permit dorinței să se manifeste în afara sensului limbajului, după Lacan: trecerea la act și *acting out*. Dezvoltarea teoretică a acestor declinări ale actului, în seminarul despre angoasă, este făcută de psihanalistul francez pornind de la textul freudian „Inhibiție, simptom, angoasă”. Folosindu-se de un sistem de coordonate cu axa verticală reprezentând *mișcarea* și axa orizontală *dificultatea* (mișcării), Lacan face o reprezentare a gradului de inacțiune a subiectului în fața provocărilor dorinței. La gradul zero al (in)acțiunii, la intersecția dintre cele două axe, se află *inhibiția*, urmată de *simptom* ca o „rezolvare” relativă a problemei dorinței, ca să se ajungă la un grad maxim al acțiunii, o „dezinhibare” a subiectului în *angoasă*. Este evident faptul că Lacan folosește tocmai cei trei termeni din titlul pe care Freud îl dă textului său, plasându-i pe o dreaptă în sistemul de coordonate mișcare/dificultate. Ei reprezintă primele elemente ale unui tabel pe care o să îl dezvoltăm pas cu pas, urmându-l pe Lacan. Așadar, iată reprezentarea celor discutate până acum:

	dificultate →	
Inhibiție		
	Simptom	
↓ mișcare		Angoasă

Inhibiția, ca dificultate maximă a mișcării și ca punct de intersecție a celor două axe din sistemul de coordonate, era chiar de Freud recunoscută ca fiind o

¹⁵ Jacques Lacan, *The Seminar of Jacques Lacan, Book X: Anxiety*, p. 223

formă paradoxală de mișcare, adică mișcare *blocată*. Îndepărtându-se de punctul zero al mișcării pe axa dificultății, Lacan găsește un termen care scoate subiectul din blocaj, însă fără a-i ușura prea mult mișcarea. Este vorba despre *empêcher*, tradus de noi prin *a împiedica*, pe care îl trece în tabel imediat după *inhibiție* și pe aceeași coloană cu *simptomul*. Locul lui este foarte potrivit acolo pentru că, mai în glumă, mai în serios, „a fi împiedicat este un *simptom*”¹⁶, spune Lacan.

Inhibiție	Împiedicare	
	Simptom	
		Angoasă

Inhibiția este cel mai adesea asociată subiectului obsesional. Însă, așa cum pune Lacan problema, inhibiția nu mai este un simptom în sine, ci împiedicarea, impedimentul, primește această funcție. Inhibiția este mai degrabă un moment, deci fără fenomenalizare, am spune noi. În schimb, împiedicarea presupune un proces activ care nu este strict extern subiectului. A fi împiedicat are un dublu sens: a fi împiedicat de cineva, sau de ceva, din afara, dar și „a fi împiedicat” ca trăsătură de caracter a subiectului. În cazul subiectului obsesional acest din urmă sens prevalează, pe când primul sens ar fi caracteristic subiectului psihotic (aspect pe care nu o să îl dezvoltăm aici). Subiectul obsesional este împiedicat de propriul narcisism, observă Lacan. Dacă el se simte prins în capcană este nu pentru că forțe obscure și externe au conspirat împotriva lui (din nou, psihoza) ci pentru că el însuși s-a lăsat prins în această capcană, pe care singur a creat-o. De aceea, subiectul obsesional se face vinovat de impedimentul (împiedicarea) de care suferă, ceea ce implică o anumită poziție etică din partea lui, pe care încearcă să o ignore. Când acest lucru nu mai este posibil, apare *stânjenirea*, *jena* (*embarras*). Cu aceasta ne îndepărtăm și mai mult de *inhibiție* pe axa *dificultății*.

Inhibiție	Împiedicare	Stânjenire
	Simptom	
		Angoasă

Dar stânjenirea este mai mult decât o reacție în fața unei vine pe care subiectul este nevoit să o recunoască. Ea reprezintă însăși experiența faptului de a fi divizat, ceea ce face din stânjenire „o ușoară formă de angoasă”¹⁷. În schimb *emoția*, pe care Lacan o pune pe axa mișcării imediat după *inhibiție*, nu are nimic

¹⁶ J. Lacan, *op.cit.*, p. 7.

¹⁷ *Ibidem*, p. 8.

de-a face cu angosta, deși în limbajul comun ar putea fi confundată cu ea. Emoția este o mișcare de auto-afectare, un fals afect care se consumă în el însuși.

Inhibiție	Împiedicare	Stânjenire
Emoție	Simptom	
		Angoasă

Mai îndepărtat de inhibiție pe axa mișcării găsim tulburarea (*emoi*). La fel ca emoția, și tulburarea se consumă în ea însăși, fără a fi auto-afectare, totuși. Pentru a explica acest lucru, Lacan face apel la etimologia cuvântului *tulburare*, *emoi*, în franceză, care vine de la latinescul *exmagare*. Sensul acestui termen latin este acela de „a lipsi pe cineva de putere”. Tot folosindu-se de sensul cuvintelor, Lacan face un joc cu *emoi* scriindu-l *e-moi*, pentru a sugera că departe de a fi auto-afectat, subiectul iasă din sine (se pierde cu firea, am spune noi). Deci, concluzia ar fi că în tulburare mișcarea afectivă a subiectului este de așa natură încât îl scoate din sine și îl lasă fără putere (adică, fără puterea de a acționa cu adevărat, într-un act). Cu toate acestea, nu ar fi greșit să vedem și în tulburare o anumită formă de angostă. Cu acest termen completăm, pentru moment, tabelul.

Inhibiție	Împiedicare	Stânjenire
Emoție	Simptom	X
Tulburare	X	Angoasă

În tabelul astfel conturat am obținut un punct maxim de perturbare a mișcării, tulburarea, și un punct de maximă dificultate, stânjenirea. Angosta, care era deja în tabel, ni se dezvăluie ca fiind punctul de intersecție dintre aceste două puncte de maxim, încadrată fiind de două spații goale pe care Lacan le notează cu „x”. Rămân pentru moment un mister, spune el, însă, relația lor cu angosta este esențială și de ele depinde felul în care aceasta este tratată. Astfel, pacientul lăsat liber să povestească despre boala lui, povestindu-și de fapt suferința motivat de angostă, se va înscrie cu discursul său într-unul dintre aceste două locuri marcate cu „x”. De aceea Rita Charon făcea observația că este mai puțin important ce spune pacientul și mai important felul în care spune. După felul în care spune putem repera cum este tratată angosta și locul din tabel corespunzător actului pacientului. Și, în ultimă instanță, în funcție de act, care implică o luare de poziție etică, sunt evaluate posibilitățile raportului intersubiectiv.

Pentru că angosta este un afect care în sine nu poate fi refutat, după cum afirmă Lacan, are nevoie de semnificații pe care să îi refuleze și astfel să ofere angostei un cadru de sprijin. Dar acest sprijin este de un real ajutor, adică, în traducere mai psihanalitică, ține de registrul realului. El nu este doar un joc

imaginar, un joc al interpretărilor de sens care să eludeze non-sensul. Dimpotrivă, valorizează non-sensul și îl integrează în viața subiectului, ceea ce deschide posibilitatea ca boala, al cărei sens ontologic ne scapă, să fie la rândul ei integrată.

În seminarul despre angoasă Lacan lasă acest tabel incomplet însă, în același timp, ne dă suficiente indicii astfel încât spațiile marcate cu „x” să poată fi completate de noi. Decisive în acest sens sunt afirmațiile lui despre două tipuri de a acționa, unul în care „a acționa înseamnă a-i smulge angoasei certitudinea” și altul în care „a acționa reprezintă un transfer de angoasă”¹⁸. Fiind puse în legătură cu angoasa, cele două tipuri de a acționa trimit la act și cele două tipuri ale sale amintite deja, *trecerea la act* și *acting out*. Locul lor în tabel este: între stânjenire și angoasă, pe ultima coloană, pentru trecerea la act, și între tulburare și angoasă, pe ultima linie, pentru *acting out*.

Inhibiție	Împiedicare	Stânjenire
Emoție	Simptom	X [trecere la act]
Tulburare	X [<i>acting out</i>]	Angoasă

Cele două acte corespund, la rândul lor, pentru două moduri diferite de a trata angoasa: ca sursă de certitudine, în trecerea la act, și ca prelungire a angoasei într-o încercare de a o simboliza, în *acting out*.

În concluzie, există două moduri în care pacientul povestește despre suferința lui: cu certitudine sau plin de îndoieli. Ambele sunt expresii ale aceleiași surse de suferință: angoasa.

Bibliografie

1. Bodea, Cristian & Popa, Delia (ed.), *Describing the Unconscious. Phenomenological Perspectives on the Subject of Psychoanalysis*, București: Zeta Books, 2020.
2. Charon, Rita & Rudnytsky, L. Peter (ed.), *Psychoanalysis and Narrative Medicine*, Albany: State University of New York, 2008.
3. Charon, Rita & Montello, Martha (ed.), *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, New York: Routledge, 2002.
4. Kant, Immanuel, *Critica facultății de judecare* (trad. V. D. Zamfirescu, A. Surdu, C. Noica), București: Editura Trei, 1995.
5. Lacan, Jacques, *Écrits: The First Complete Edition in English*, New York: WW Norton & Co., 2007.
6. Lacan, Jacques, *The Seminar of Jacques Lacan, Book X: Anxiety*, Oxford: Polity Press, 2014.
7. Leader, Darian & Corfield, David, *De ce se îmbolnăvesc oamenii?* (trad. Spătaru Cristian), București: Editura Trei, 2012.
8. Richir, Marc, *Affectivité*, Paris: Encyclopédia Universalis, 1993.
9. Soler, Colette, *Lacanian Affects: The Function of Affect in Lacan's Work* (translated by Bruce Fink), London: Taylor Francis Ltd, 2015.

¹⁸ *Ibidem*, p. 52.

Între simptom și stigmat.

Mascaradă „corporală” versus „tatuaj” simbolic

VIRGIL CIOMOȘ

Voi începe prin a relua ipoteza fundamentală a psihiatriei de orientare psihianalitică după care cauzalitatea afecțiunilor psihice este una tot psihică, iar proiecțiile somatice ale acestora, inclusiv cele de natură neurologică, sunt de ordinul efectelor, importante, desigur, dar nicidecum cauzale. Singurele rezerve se leagă de posibilitatea unei transmisiuni de natură genetică a ceea ce s-a dobândit deja, ipoteză insuficient documentată însă, căci, până acum cel puțin, clinica psihiatrică constată că există suficiente cazuri în care, chiar dacă din doi gemeni univitelini, de pildă, unul a putut declanșa o schizofrenie, celălalt poate fi „perfect normal”, pentru a spune așa. Cauzalitatea psihică relevă, așadar, de psihismul subiectului – *he psyche* înseamnă „suflet” în limba greacă – ceea ce sugerează o sinonimie între „psihic” și „subiect”, diferit de facultățile sale (intelectul, imaginația, percepția etc.), care rămân, în acest sens precis, doar „facultative”¹. Desigur, între nenumăratele efecte ale maladiilor psihice găsim afecțiuni, secunde ale înseși acestor facultăți: de la regresia intelectuală în cazul unor psihoze grave, bunăoară, care frizează oligofrenia, la performanțele intelectuale excepționale ale unor autiști. Fiind, prin urmare, vorba despre o cauzalitate psihică, principala provocare a subiectului va fi întotdeauna un alt subiect, și anume, ca alteritate, iar, la limită, ca „alteritate radicală”. La limită (după cum subliniază și Lacan), aceasta din urmă poate fi redefinită ca alteritate dintre subiectul creat și Subiectul increat². Ajungem astfel, rapid ce-i drept, la problema raporturilor subiectului cu Originea, definitorii atât din punct de vedere teoretic cât și clinic, fie ea origine strict genealogică – prin părinții lui –, fie ontologică – prin Creatorul lui. Simptomatologia psihozelor atestă din plin aceste două referințe mutuale de vreme ce părinții subiectului, la rândul lor creați, actori principali ai

¹ Primul care a demonstrat de o manieră decisivă această asimetrie dintre cunoaștere și subiectul ei, conștiința, este Im. Kant (cf. *Critica rațiunii pure*, capitolul „Deducția transcendențială a categoriilor pure ale intelectului”).

² Problema teologică și psihianalitică a Increatului apare, cum vom vedea, cel puțin sub două forme: sub forma ireductibilității în raport cu cunoașterea a Numelui Tatălui, respectiv, sub forma Marelui Celălalt.

acestei simptomatologii, trimit întotdeauna spre Părintele lor încreat, Cel care nu mai are un al Nume la care să trimită. Un adevărat „Numele Tatălui”, ar tranșa Lacan, adică indicibil prin definiție. Până aici, viziunea psihanalizei este comună cu cea a mai multor discipline ale spiritului: cu filosofia, de exemplu, mai ales cu cea fenomenologică, cu lingvistica, cu logica, matematica și chiar cu teologia. Ceea ce aduce ea nou aici – un nou relativ, desigur, dar a cărui originalitate constă în cuplarea, nemaîntâlnită până atunci, a tuturor acestor importante discipline cu clinica psihozelor – revine la constatarea că Originea psihismului uman nu rămâne undeva, suspendată, în lumea ei „ideală” (în viața noastră „intra-uterină”, de exemplu), cum ar crede sau ar spera, poate, unii – operație inițială care poartă, la tânărul Hegel deja, numele de „refulare originară”³ – ci revine, în plus, la un veritabil „retur al refulatului” – este chiar formula lui Freud – și anume, în și prin chiar simptomul nostru psihic. La limită, în și prin chiar simptomul nostru corporal, adică inclusiv în și prin „stigmatetele” noastre.

Pornind de la clinica isteriilor de conversie, Freud a remarcat un lucru de-a dreptul incredibil pentru cei ce nu au un contact prea strâns cu spitalele de psihiatrie, și anume că există formule discursive, precum „am simțit o durere de negrăit”, „am crezut că mi se taie picioarele de durere” sau „să nu te mai văd în ochii mei!”, care pot declanșa o puternică inhibiție – un fel de „paralizie” simbolică, am putea spune – fie a corzilor vocale, a picioarelor sau a nervului optic, după caz. Cum anume? Urmând o stranie „anatomie”, la rândul ei simbolică, una care nu ține seama de organicitatea corpului ci, dimpotrivă, de limbajul acestuia din urmă. Limbajul *poate* opera, așadar, asupra corpului. Sau, invers, corpul poate fi „loc” de înscriere a „operei” limbajului. Putem chiar risca concluzia simplă, dar esențială, după care discursul istericeii vine într-un al doilea timp, și anume, după și nu înainte înscrierii simptomului de conversie. Freud n-a făcut altceva decât să demonstreze că acest al doilea moment nu constituie decât forma orală, secundă, a unei simptomatologii înscrise deja în corp și că ea are aceeași valoare precum simptomul de conversie însuși. O consecință clinică a deducției metafizice a categoriilor intelectului la Kant – cea din *Critica rațiunii pure*⁴ – și, totodată, condiția de posibilitate a oricărei cure de orientare analitică, în măsura în care ea mizează, desigur, pe discursul istericeii, dar făcând, mai ales, din Inconștientul ei locul de origine atât al înscrierii sale corporale, cât și al oralității sale simbolice. Cu precizarea, aparent contra-factuală, că, în cazul conversiilor somatice, scriitura precedă întotdeauna oralitatea: simptomul somatic precedă verbalizarea lui. Un principiu „clinic” asumat ulterior (prin Derrida) de însăși fenomenologia care a

³ Conceptul refulării originii, mai precis, a refulării forței în ea însăși apare pentru prima oră în *Fenomenologia Spiritului* a lui Hegel, capitolul „Forță și intelect”.

⁴ *Ibidem*, capitolul „Deducția metafizică a categoriilor intelectului”.

inspirat, inițial, psihanaliza⁵. Consecința? Trebuie să facem diferența de structură dintre „stigmatul” nevrotic – sinonim liminar al simptomului, de fapt – și stigmatul psihotic – marcă a însăși lipsei simptomului. Pentru a traduce, în context, această diferență, am adăuga că, pentru isterică, o expresie de tipul „îmi tot scoți ochii cu asta!” are o valoare pur metaforică, adică simbolică, în vreme ce, pentru un psihotic, ea are valoare „executorie”. Un avertisment serios pentru toți cei obișnuiți să compătimească psihoticii fără o suficientă competență în domeniul psihiatriei căci psihoticii nu cunosc metafora! Pentru o isterică, „stigmele” pe care ea și le înscrie înconștient pe propriul corp – întreaga „mascaradă” (termenul este al lui Lacan⁶) a rimelului, rujului sau fondului de ten, a cerceilor, inelelor sau lanțurilor – au, de fapt, o valoare pur fantasmatică, trimițând la un corp „prețios” (femeia este întotdeauna „prețioasă”, confirmă Molière), pe care corpul ei real, astfel dedublat, îl sugerează prin însăși această „preparare” estetică. Prin comparație, bărbatul – nu doar cel psihotic, din păcate – vrea uneori să ia „ca atare” corpul femeii, adică în „pura” și obscena lui organicitate obiectuală, mai precis, ca „pură nuditate”, producându-i scarificări sau chiar răni. „Parada” lui (termenul este de asemenea lacanian) degenerază astfel într-un veritabil atentat la corpul femeii. Iată în ce anume constă diferența dintre mascarada feminină, una pur estetică, respectiv parada psihotică, adică înscrierea în corp – într-un real „ne-găurit” de simbolic – a stigmatului, precum realul dezvirginării brutale a unei femei, de exemplu, un fel de maculare sau, de ce nu?, de stigmatizare printr-o „impregnare” în carnea femeii, ca un fel de marcă a „stăpânului”. Un fel de regresie, de fapt, la felul prin care unele animale își marchează teritoriul: prin urină, cel mai adesea, dar și prin spermă sau prin salivă (pentru a nu spune, de-a dreptul, prin scuipat⁷).

Putem, acum, face diferența dintre două feluri de „scriitură”: cea care privește doar suprafața corpului – precum mascarada feminină (să fie acesta „debutul” oricărui act artistic?) –, respectiv, cea care se înscrie în dermul subiectului însuși, ca un fel de tatuaj *sui generis*, menit să fie înscris „odată pentru totdeauna”. Precum cuiele cu care unii psihotici auto-sadici își străpung propriile lor crani sau precum sârma cu care își cos uneori buze. Pentru autiști, cuvintele însele nu mai au o valoare simbolică (adică fonetică) ci sunt uneori percepute ca niște pietre care le lovesc craniul (tocmai pentru că nu există loc liber pentru rezonanța lor!), de unde și recurența „migrenelor” în aceste cazuri grave, însoțite sau nu de vărsături (adică de ejectări care vizează, evident, zona orală, adică cea a discursului). Diferența dintre

⁵ Pentru Lacan, raporturile dintre oralitate și scriitură sunt încă mai complexe. Orice act de instituire a oralității presupune deja o înscriere, o anume literalitate, fie ea pur simptomatică (cf. J. Lacan, *Le Séminaire*, livre XIX, ...ou pire, p. 26).

⁶ Pentru Lacan, isteria feminină relevă de mascaradă (i.e. de expresie), în vreme ce obsesionalitatea masculină, de paradă (de interpretare).

⁷ A se vedea în acest sens M. Serres, *Le Mal propre. Polluer pour s'approprier?*

inhibiția corzilor vocale prin decuparea lor anatomică, pur discursivă și, prin contrast, coaserea buzelor cu sârmă pentru blocarea oricărui discurs revine la aceea dintre înscrierea simbolică, respectiv, cea reală, adică la diferența dintre nevroză și psihoză. În primul caz, avem de-a face cu un simptom inspirat de simbolic, în cel de-a doilea, cu un fel anume, real, de a-și aplica singur stigmatul. De unde și ipoteza augurală a psihanalizei: psihoza relevă de un deficit de simbolic care „se întoarce” în (ca) real. Este și cazul *sui generis* al lui Tândală, care trage în mod efectiv ușa după el. În genere, pentru un psihotic, femeia este fie idealul încarnat sub forma unei fantome, fie un simplu obiect sexual. Și într-un caz și în celălalt, între el și femeie nu există nici o fantasmă și, ca urmare, nici „expresia” ei apropiată – mascarada. Chiar atunci când un fel de „mascaradă” (adică de „estetizare”) există, totuși, ea este „aplicată” de către psihoticul însuși, direct pe cadavrul femeii devenită astfel „prețioasă”. Ca stigmat, ca eternizare a ei „întru moarte”. Doar pentru un psihotic simbolicul – și, ca atare, castrarea – înseamnă moarte, sau castrare, reală⁸. Să amintim aici de auto-secționarea penisului sau de auto-emascularea proprii unor pasaje la act atât de recurente în psihoză. Pentru unul și același psihotic, Numele Propriu al femeii nu poate supraviețui decât sub formă de... epitaf. Căci femeia „fantomă” este femeia „moartă”, redusă la un corp lovit de moarte sau, mai precis, situat undeva „între” viață și moarte, la frontiera dintre viața muritoare și moartea însăși, un fel de zombi *sui generis*, incapabil să treacă prin Înviere, adică prin Paște, simplu obiect al necrofiliei.

Cum se vede, raporturile fantasmatiche ale nevroticilor presupun întotdeauna un al treilea termen, fie acesta fantasma care intermediază pulsuniile celor doi parteneri. Or, în psihanaliza lacaniană, înscrierea pulsunii prin intermediul fantasmei se numește „dorință”. Desigur, cu riscul – precum acela al nevrozelor obsesionale, de pildă, tipic masculine – de a te îndrăgosti nu de o „adevărată” fantasmă, adică de o... fantomă „reală” – ceea ce ar reveni la psihoză – ci de faptul însuși de a fi îndrăgostit. Este cazul bărbatului care rămâne mereu „pe lângă plopii fără soț”. Prin contrast, în cazul psihozelor, raportul erotic tinde spre dualitate, este lipsit, altfel spus, de profunzime, redus la o simplă relație pur „funcțională”⁹. Un $R(x, y)$, în care x și y pot fi oricare dintre noi. Psihoticii nu au dorințe ci mai degrabă impulsuri, iar,

⁸ Termenul freudian de „castrare” vizează, de fapt, o dublă „moarte”: „moartea” percepției, mai întâi, care face posibilă imaginația, respectiv, „moartea” imaginației, apoi, care face posibil intelectului (simbolicul). Singurul suport al intelectului devine astfel cuvântul însuși, adică artificul, golul „algebric” survenit în natură, dar și în imaginea ei, singurul care face posibil raportul non-spațial (și non-temporal) dintre percepție și imaginație. În acest sens precis trebuie înțeleasă și afirmația lui Freud după care cuvântul presupune „moartea lucrului”.

⁹ Gelozia paranoică intervine mai ales atunci când „relația” de iubire dintre parteneri dobândește o anume profunzime (și, prin urmare, o dimensiune simbolică) care, incontrollabil fiind, presupune controlul progresiv al libertății celuilalt, devenit un obiect, fie el „prețios”. Pentru un paranoic, iubirea nu poate să însemne o „pierdere a controlului” (așa cum o definesc, de altfel, englezii) ci tocmai contrariul ei.

la limită, „pasaje la act”. Când un bărbat iubește o femeie, un bărbat în genere iubește o femeie în genere, cum se mai spune. Desigur, dar, în acest caz, relația însăși nu mai poate fi numită „de iubire” pentru că iubirea însăși angajează persoanele în unicitatea lor. Prin contrast, în logica matematică, x și y se numesc „variabile legate”. *La dona e mobile...* Până la urmă, iubirea – cea unică – reprezintă un oximoron, mai precis, o relație... unică. Este ceea ce încearcă să exprime de fiecare dată simptomul nostru – persoana care suntem noi înșine, Numele care îi este Propriu. Iubirea se spune și se adâncește printre cuvinte, ca un fel de „al treilea” între subiect și predicat. Este ceea ce ratează de fiecare dată stigmatul, care este mai degrabă impersonal. În cazul lui, adâncimea relației discursive se „traduce” prin adâncirea lui în dermă, adică în realul corpului, ca marcă proprie stigmatului însuși. După cum, în cazurile grave de psihoză, interioritatea simbolică a unei persoane poate fi „tradusă” prin interioritatea pur organică a cordului acelei persoane, care este „de-a dreptul” mâncat. La propriu. Nici „Mânca-l-ar mama!” n-ar mai avea, în acest context, un sens metaforic. De aceea, încă de la originile sale, stigmatizarea presupune marcarea corpului cu semnul unei clase anume, cea a excepției, a celor exceptați adică de majoritate. Sclavii, prostituatele, pro-scrișii (din nou problema scriiturii) sunt obligați astfel să poarte „pecetea” excluziunii. Faptul că stigmatul nu poate fi, însă, redus la semnul unei clase ci reprezintă ratarea Numelui Propriu de către orice clasă de generalitate – rată care se exprimă, în mod paradoxal, în chiar limbajul claselor – poate fi demonstrat în trei feluri. Mai întâi, pentru că orice clasă are nu numai proprietatea de ordinalitate ci și pe cea de cardinalitate, sinonimă cu Numele Propriu. Există, într-adevăr, un singur 2, un singur 3 etc. În plus, pentru că toate clasele de stigmatizare sunt niște clase de excepție, adică de excluziune. Or, excluziunea reprezintă și un sinonim al Numelui Propriu, adică o excepție de la numele comune. În sfârșit, pentru că, la limită, stigma poate fi un fel de semnătură în real a însuși Numelui Propriu, o semnătură – ținem să subliniem – *indescifrabilă*, adică unică¹⁰.

Există prin urmare, în acest din urmă caz, clinic, o formă anume de „scriitură” care, deși se încadrează în rândul mărcilor proprii stigmatizării, reprezintă, încă, o urmă (în limba greacă, *gramme* înseamnă și „urmă”, dar și „literă”) liminară („litorală”, ar spune Lacan) a simptomului, urmă care survine, așa cum constată clinica psihanalitică, fie în momentul în care legătura subiectului cu limbajul și, deci, cu interpretarea, începe să dispară, fie atunci când distanța dintre cuvinte, în care, așa cum am văzut, se înscrie adâncimea și, deci, subiectul însuși, tinde, la rându-i,

¹⁰ Problematika semnăturii proprii (și, deci, a Numelui Propriu), „veche de când lumea”, desigur – dezvoltată mai ales în celebrul opus al lui Jacob Boeme, *De signatura rerum* – îl va conduce pe Lacan la cea, derivată, a literei (înțeleasă ca cifru) și a „letrificării” dorinței (cf. V. Ciomoș, *Parole de lalangue, discours sans parole*).

spre zero. Un fel de trecere la limită a simptomului, a cărui adâncime – cea de-a treia dimensiune – tinde și ea spre zero, convertindu-se astfel într-un stigmat bidimensional, cu valoare de semnătură indescifrabilă și, ca atare, de neinterpretat. Ne gândim, desigur, la simptomatologia – sau, dacă preferați, la... stigmatologia – proprie fenomenelor psihosomatice. Un domeniu aflat încă în cercetare în psihanaliza și psihiatria psihanalitică de astăzi, care se bazează pe câteva – foarte prețioase – notații ale lui Lacan. Ele pleacă de la definiția lingvistică, filosofică și psihanalitică a subiectului enunțării (care nu coincide cu acela al enunțului), al cărui loc de înscriere este mereu între cuvinte, între o „zisă” și o altă „zisă”, adică în interzis. Într-adevăr, tocmai subiectul enunțării – cel dintre cuvinte – face legătura dintre subiect și predicat. Un loc comun de la Aristotel până la Kant și, mai ales, după acesta din urmă. Există, altfel spus, un (ne-)loc pentru subiectul enunțării tocmai pentru că discursul nostru este lacunar, pentru că el marchează un loc gol între nume și numele predicativ, (ne-)locul subiectului însuși. Cu alte cuvinte, intervenția în discurs a subiectului produce o anume tăietură în cursivitatea lui, iluzorie, vedem bine. Unele limbi îl marchează prin copulă, un cuvânt care nu spune nimic determinat sau, mai degrabă, spune nimicul. Un fel de „stigmat lingvistic” care exprimă excepția care separă cuvântul „a fi” de toate celelalte cuvinte determinate. Un cuvânt auxiliar, am mai adăuga noi. Este (ne-)locul în care se înscrie și afectul, la fel de indeterminat (pentru Kierkegaard cât și pentru Heidegger), propriu oricărui subiect uman – (ne-)locul angoasei. Am putea, de aceea, defini angoasa ca fiind afectul (im)propriu unui subiect care nu-și găsește locul¹¹. Aceeași angoasă care-l face, de exemplu, pe un schizofrenic să se bâlbâie, să nu mai găsească legătura dintre nume și numele predicativ sau, mai grav, să se piardă în însuși abisul dintre cuvinte, în catatonie adică.

Ce se întâmplă, însă, atunci când, pentru a micșora cât de mult distanța dintre cuvinte, distanță care provoacă angoasa, subiectul începe pur și simplu să vorbească mai repede? El se apropie atunci de limita unei „ciocniri”, de nu chiar a unei confuzii între cuvinte (expresia este a lui Lacan). Un astfel de subiect care are dificultăți în a se cuibări printre cuvinte tinde să se înscrie direct în corp, sub formă de stigmat, și anume, prin diferite dermatite atopice, de exemplu, prin dermatografisme, psoriazis, lupus, alergii de tot felul și, pare-se, prin alte forme de „inflamare” care completează tabloul unor boli auto-imune cu etiologie psihogenă. De unde acest „auto” adăugat imunității? Pentru că toate aceste înscrieri au, deja pentru Lacan, valoarea unor „cartușe purtătoare ale Numelui Propriu”. Sunt, toate, forme organice de semnătură, în Nume Propriu, pe și în corp a stigmatelor. Un fel de înscriere „în real” a Numelui Propriu, care, în el însuși, este, de fapt, pur simbolic. Termenul de „cartuș”, folosit aici de Lacan, asta și vrea să spună. El ne duce cu

¹¹ Când angoasa își găsește un loc, atunci devine fobie.

gândul la Champolion, cel care a descifrat scrierea hieroglică, unde Numele Proprii erau mereu încercuite pentru a fi „exceptate” în raport cu toate celelalte. Un fel de stigmat menite să le deosebească de clasa generală a cuvintelor determinate. Lipsește, și aici, cea de-a treia dimensiune, adică cea simbolică. Nemaigăsindu-și locul printre cuvinte, nemaivând, prin urmare, profunzime, subiectul psihosomatic se confundă cu subiectul propoziției. Or, atunci când distanța care îl separă de „celălalt-ul” său – care este predicatul *sui generis* – riscă să dispară, apropiindu-l astfel de confuzia cu acesta din urmă, pot să apară, la limita dintre cei doi (pe piele, de pildă) simptome de respingere (adică de apărare) de însăși această confuzie, și anume, prin producerea unor forme „atipice” de urticarie, de inflamații alergice „datorate celuilalt”. Este, prin excelență, cazul dermatografismelor, care apar în urma unui exces spontan de histamină, cauzat de atingerea celuilalt. În sfârșit, în același loc gol situat între cuvinte, se înscrie nu numai subiectul ultim ci și referința ultimă a discursului, obiectul ultim, perfect sau, dimpotrivă, restul sau, în context, stigmatul lui. Un caz clasic, care ne vine din negurile timpului, acela al pierderii celor apropiați, de pildă. Dă amintim aici cazul auto-mutilărilor corporale al celor care, așa cum remarcă deja Ferenczi, se „culpabilizează” pentru faptul de a nu fi urmat mortul în groapă. Este și motivația înscrierii pe piele a unor tatuaje care evocă pierderea persoanelor dragi. Ca și în cazurile precedente, lipsa lor nu e percepută ca fiind simbolică ci ca pur reală, una care trebuie compensată și eternizată în corpul propriu. Fie aceasta printr-un tatuaj... Încheiem cu o ultimă remarcă. Să fim liniștiți, însă! Nu toate tatuajele relevă de o simptomatologie psihosomatică¹².

Bibliografie

1. Castanet, Didier, „Le réel du corps: phénomènes psychosomatiques et symptôme”, *L'en-jé lacanien*, nr. 2/2004.
2. Ciomoș, Virgil, *Parole de lalangue, discours sans parole*, în „Mensuel”, Forum du Champ Lacanien du Liban”, nr. 10/2019.
3. Freud, Sigmund, *Studii despre isterie* (trad. M. Nastasia, I. Nastasia), București: Editura Trei, 2014.
4. Hegel, Georg F.W., *Fenomenologia Spiritului* (trad. Virgil Bogdan), București: Editura IRI, 2000.
5. Kant, Immanuel, *Critica facultății de judecare* (trad. V. D. Zamfirescu, A. Surdu, C. Noica), București: Editura Trei, 1995.
6. Lacan, Jacques, *Le Séminaire, livre XIX, ...ou pire*, Paris: Seuil, 2011.
7. Lacan, Jacques, *Le Séminaire, livre III – Les psychoses*, Paris: Seuil, 1981.
8. Serres, Michel, *Le Mal propre. Polluer pour s'approprier?*, Paris: Pommier, 2008.

¹² Pentru mai multe detalii despre acest straniu tip de „fenomene” a se consulta și D. Castanet, „Le réel du corps: phénomènes psychosomatiques et symptôme”.

Narațiuni ale inconștientului.

„Patologia” vieții de zi cu zi sau un comentariu la cartea „Psihopatologia vieții cotidiene”

CRISTIAN BODEA

1. Narațiuni care se cer spuse și narațiuni care se cer ascultate

Psihanaliza ca „*talking cure*”, ca terapie prin vorbire, pune narațiunea la baza metodei sale, metodă pe care, în ciuda acestui element narativ, o vrea a fi științifică. Aspirația lui Freud – să nu uităm, de profesie medic – era aceea de a trata nevroza, sau nevrozele, celebrele „boli de nervi” ale burgheziei de secol XIX, printr-o intervenție demnă de cele mai riguroase standarde ale științei. Astfel, psihanalistului i se cere o anumită etică pe care o va folosi în beneficiul pacientului, i se cere rigoare profesională și o cunoaștere a psihismului uman îndreptată mai ales spre inconștient și formațiunile sale. Cunoașterea psihanalistului nu este idiosincratică ci se verifică într-o comunitate prin studii de caz și studii teoretice, evoluează și se transformă odată cu știința psihanalizei.

Dacă Sigmund Freud este considerat părintele psihanalizei, este așa deoarece el e primul care a avut curajul de a integra în tratament pacientul cu subiectivitatea sa, de a-l încuraja să vorbească, să spună „tot ce-i trece prin cap”. Metoda asociațiilor libere se bazează pe faptul că dintr-o narațiune aparent banală, cotidiană, ceva semnificant se poate revela. Astfel, simptomul se re-constituie pas cu pas, de la un semnificant la altul, din aceste formațiuni semnificante, care nu sunt altceva decât formațiuni ale inconștientului. De fapt, va observa Freud, acest proces are loc zi de zi, pentru că inconștientul nu poate minți. Dacă subiectul conștient are impresia că își poate ascunde simptomul, că poate fi stăpân pe sine tot timpul, coerent, logic și rațional, se amăgește și e nevoie de dispozitivul psihanalitic pentru a-l face să recunoască această amăgire. Odată cu ea este recunoscut simptomul, iar odată cu simptomul, inconștientul, care insistă în adevărul său. De cele mai multe ori pacienții intuiesc această tensiune de sens între conștiință și inconștient. Este tocmai lucrul care îi face să suferă și îi face *pacienți*. Odată ajunși pacienți, adică răbdători (ca cei care rabdă, suferă, sunt în suferință) își afirmă poziția de subiecți în raport cu inconștientul, ceea ce îi face mai atenți la narațiunile proprii, sau, la propriile povești. Psihanalistul, prin atenția sa, este un exemplu de ascultare.

Psihanalistul se interesează de ceea ce are de spus pacientul și îi oferă atenție totală și necondiționată. Există, totuși, o condiție: aceea ca pacientul să vorbească liber și necenzurat de către propria conștiință (lucru ce se va dovedi a nu fi tocmai ușor de făcut). Acest tip de atenție, numită atenție flotantă, nu este ușor de câștigat, de aceea analistul însuși trebuie să fi trecut printr-un travaliu psihanalitic în prealabil. În cazul lui Freud, ca psihanalist *ab initio*, nici dialogul cu Fliess, nici cel cu Breurer, acești doi „proto-analiști” și colaboratori apropiați, nu e de prea mare ajutor. Va fi nevoie de insistențele pacientelor isterice de a fi lăsate să vorbească și, prin urmare, de a fi ascultate, pentru ca Freud să cedeze într-o ascultare din care să le fie cu adevărat de ajutor pacientelor și pacienților săi. Tocmai de a ceea, mulți ani mai târziu, Jacques Lacan va spune că Freud le datorează istericelor inventarea psihanalizei.

Experiența lui Freud nu este deloc ușoară pentru un bărbat al secolului său, mai ales când acest bărbat nu este, prin temperamentul său, foarte... ascultător. În ciuda acestui fapt, este admirabilă perseverența sa în tratamentul isteriei, și a nevrozelor în general. O face printr-o rigoare metodologică din care rezultă un bogat material didactic lăsat moștenire viitorilor psihanaliști.

2. *Pathos* în viața de zi cu zi

Cartea *Psihopatologia vieții cotidiene* aparține acestei moșteniri. Titlul original al cărții este *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, ceea ce ne face să credem că Freud intenționa să pună accentul pe ideea de viață ca viață trăită în mod obișnuit, normal, banal. Din moment ce pentru cotidian există echivalentul în germană *täglich*, preferința lui Freud pentru *alltagslebens* susține ipoteza noastră. De aceea, poate o mai fidelă traducere a titlului ar fi *Psihopatologia vieții de zi cu zi*, chiar dacă poate părea mai puțin literar. Lăsând aceste speculații terminologice deoparte, ce este viața cotidiană, viața de zi cu zi? Nu este nimic altceva decât tocmai viața banală, viața pe care o trăim în mod normal, care își urmează în mod firesc cursul. Este, simplu spus, *normalitatea*. Ceea ce sugerează titlul, în mod paradoxal, ar fi că există o patologie a normalității sau, altfel spus, că în modul normal de a ne trăi viața *ceva* este patologic.

Așadar, ce este anormal cu normalitatea? Care este acest *pathos*, patimă, suferință prezentă în viața de zi cu zi? Primul răspuns, și cel mai simplu, ar fi acela că suferim de faptul de a avea/a nu avea o dorință proprie și de reversul acestei monede, a fi/a nu fi angoasat. *Dorința* și *angoasa* sunt prezente în viața de zi cu zi ca borne care marchează o structură a subiectului în raportul său inconștient cu lumea. Cu aceasta am ajuns la elementul fără de care paradoxul pe care titlul cărții lui Freud îl implică nu poate primi vreun sens: inconștientul. Fără ipoteza inconștientului ar fi greu de conceput un oarecare sens al *nonsensului* iar orice

cercetare în această direcție s-ar opri aici. Cartea lui Freud merge însă mai departe de titlu și oferă suficiente exemple și argumente că ceea ce pare a fi lipsit de sens se înscrie într-o logică (e adevărat, subiectivă) care, odată descifrată, poate scoate la suprafață un sens până atunci ascuns.

Negarea inconștientului înseamnă negarea oricărui sens al contradicției, cea ce, în definitiv, s-ar traduce printr-o negare a negației. Din această poziție, viața de zi cu zi are cursul ei normal, întrerupt din când în când de neplăceri (sau plăceri, de ce nu?), mai mici sau mai mari, venite din partea celorlalți sau din partea vieții în general. „Așa e viața”, se spune de multe ori atunci când neprevăzutul intervine pentru a perturba „normalitatea” unei zile obișnuite, ca un fel de formulă magică menită să răspundă în regim de urgență la imperativul „de ce”-ului, prin care o explicație se cere. Doar că, uneori, explicația este *imposibilă*, lucru greu de acceptat pentru cine „nu are” un inconștient, și pentru cine – în lipsa inconștientului fiind totul „la vedere”, deci la îndemână – *totul* este interpretabil. În această logică, atunci când interpretarea este imposibilă, cauza nu este considerată a fi o lipsă constitutivă a subiectului (adică, sensul inconștient al cunoașterii) ci doar o eroare de moment dată de lipsa unor informații obiective ce urmează a fi obținute într-un viitor mai mult sau mai puțin îndepărtat. În această atitudine, *normalitatea „normalului”* are aspectul unei forme de paranoia.

3. „Patologia” normalului și limitele raportului cu inconștientul

Analizăm pe scurt, în cele ce urmează, și alte limite ale raportului cu inconștientul. Este vorba despre relații în care, sub diferite grade și forme de efectivitate, inconștientul are un rol, deci „*anormalitatea*” *normalului* face sens. Identificăm în acest caz riscul, consecința a „bunei” gândiri dualiste, de a cădea în paradigma clasică a „bunului” nevrotic, anume, (a) *a ști* sau (b) *a nu ști* ... ce este inconștientul.

În cazul (a), pentru cei care știu, și mai ales pentru cei care știu prea exact ce este inconștientul, *efectivitatea* inconștientului tinde să fie anulată, punându-i pe aceștia în vecinătatea unei cunoașteri de tip paranoic. Inconștientul devine astfel o certitudine, ceea ce ridică problema unei supradeterminări ale actelor conștiinței. Prin supradeterminare sunt presupuse mereu motivații care sunt ascunse subiectului. Or, aceasta face din inconștient un fel de conștiință obscură (un Gânditor¹ care trage sforile, manipulând, într-un fel sau altul, viața subiectului), lucru care contravine teoriei freudiene a inconștientului. Inconștientul nu este inversul conștiinței, ci psihismul însuși, din care conștiința face parte. Chiar dacă Freud vorbește de un determinism psihologic, acest determinism nu va fi înțeleș

¹ Cf. Marc Richir, Les cahiers de philosophie, nr. 7, pp. 155-187.

în sensul că acțiunile subiectului sunt determinate de inconștient, ci că acțiunile lui sunt libere în cadrul determinat al unei structuri inconștiente. Alegerea subiectului este întotdeauna o alegere forțată, va spune Lacan.

În cazul (b), pentru cei care nu știu, deci nu au o teorie a inconștientului, efectivitatea lui este în mod paradoxal prezentă. Sub forma fenomenului de superstiție, ne-cunoscutul își face simțită prezența, cu efect asupra subiectului. Altfel spus, ceea ce în psihanaliză se numește inconștient, în superstiție este pus la colțul umbrat al ne-văzutului, atâta doar că, raportat la subiect, nevăzutul se găsește înafara iar nu înăuntrul său. La limită, inconștientul este aici chiar viața, viață pe care cel superstițios, prin ritual, încearcă să o organizeze. Această preocupare îl împiedică să dezvolte o teorie a inconștientului, lăsând această chestiune la voia sorții, ca să zicem așa.

Cartea *Psihopatologia vieții cotidiene* stă mărturie pentru prezența în viața de zi cu zi a unor formațiuni ale inconștientului survenite datorită actelor ratate ale conștiinței. Este pur și simplu o culegere de narațiuni menite a ne trezi interesul și a ne uimi, nu atât în fața a ceea ce „poate” inconștientul, cât în privința a ceea ce „nu poate” conștiința. Și ceea ce nu poate ea, în primul rând, este să controleze totul. Nu tot ceea ce facem, gândim, simțim este supus conștiinței noastre, iar conștiința-stăpân absolut, nu este decât un ideal masochist.

Așadar, conștiința ratează, face greșeli, are alunecări fără nici un sens pentru subiectul în cauză. Dar nu este suficient ca ele să nu aibă sens, deoarece pentru a fi prezențe ale inconștientului, mai e nevoie ca lipsa de sens să fie reperată ca atare. Iată ce spune Freud la începutul capitolului: „Dacă percepem cu adevărat actul ratat, nu trebuie să simțim în noi un fel de motivare a acestuia, ci să fim tentați să îl explicăm prin neatenție, sau să îl considerăm o coincidență, un hazard”². Interesant este aici faptul că, o explicație totuși se cere, o explicație a unei lipse de sens (motivare, semnificație) pentru subiect, care abia ulterior, prin analiză, se va dovedi nefondată, pentru că *fondată în subiect*. Cu alte cuvinte, analiza pleacă de la o poziție ușor paranoică a subiectului în ceea ce privește viața lui de zi cu zi, poziție însă nu lipsită de credință în coincidență, în hazard – credință vitală, ca să spunem așa, pentru bunul mers al analizei. Să ne amintim că este vorba totuși despre un anumit tip de subiect, un subiect al secolului XIX, început de secol XX, încă nu foarte greu de găsit, în măsura în care știința încă nu avea „grupuri de cercetători” (eventual britanici) capabili să dea explicații pentru *tot* ce se întâmplă în viață.

Orice explicație a conștiinței cu privire la ea însăși nu este însă decât o *diversiune* prin care vrea să păstreze iluzia propriei atotputernicii. Numai în măsura în care ea își recunoaște imperfecțiunea, lipsa, poate deveni *subversivă* și în felul acesta subiectul se recunoaște ca divizat. Astfel, într-un subiect înstrăinat, într-o

² S. Freud, *op.cit.*, p. 285.

oarecare măsură, de el însuși, pot exista cauze care îi sunt străine (dar nu neapărat bizare, înfricoșătoare) – aceasta este ceea ce psihanaliza dovedește.

4. (Ne)cunoaștere în cunoașterea subiectului supus inconștientului

Tot Freud este cel care ne spune, cu titlul de concluzie a capitolelor anterioare: „[...] anumite neajunsuri ale actelor noastre psihice [...] și anumite acțiuni care par neintenționate se dovedesc, dacă li se aplică metoda cercetării psihanalitice, a fi bine motivate și determinate de cauze necunoscute conștiinței”³.

O necunoaștere a conștiinței. Aceasta pare a fi definiția pe care Freud o dă aici inconștientului, și iată, ne lovim din nou de un paradox, care sugerează nu altceva decât faptul că în cunoaștere ar exista necunoaștere. Dacă suntem onești, nimic mai adevărat decât această sugestie. Ea rămâne la fel de adevărată pentru orice fel de cercetare, chiar și cea psihanalitică, sau, poate, mai ales pentru ea. Aceasta deoarece scopul cercetării (sau analizei) psihanalitice este, nu atât „descoperirea” originii (și la Lacan acest fapt va fi mai explicit exprimat, el fiind acela care subliniază că dorința inconștientă are o cauză, obiectul *a*, ce rămâne necunoscut) unui act ratat, cât sensul sau semnificația sa. Altfel spus, deși cauza, ca origine, rămâne în continuare inaccesibilă conștiinței, ce poate ea face este să re-semnifice, însoțit de celălalt, un sens pe care îl va descoperi ca venind *de la sine*.

Celebra metodă a asociațiilor libere se bazează pe acest fapt al re-semnificării, în fața căruia subiectul nu mai are altă soluție decât să se re-semneze, pentru că, spune Freud, „*este imposibil să compui un nonsens în mod intenționat și voluntar*”⁴. Altfel formulat, atunci când este recunoscută o formațiune a inconștientului, așa cum e cu zecile de exemple date în această carte, pus în fața unei alterități, care îi cere să spună „ce îi trece prin cap”, subiectul nu mai are ieșire, nu poate *inventa* pentru a scăpa basma curată (inconștientul nu minte).

Conștiința determinată inconștient va trăda alegând acele noțiuni, expresii sau situații corespunzătoare gândurilor refulate... dar nu uitate.

Asociațiile libere nu sunt o împrăștiere haotică de cuvinte, ci alcătuiesc o constelație cu sens particular pentru fiecare subiect. Pentru că acceptăm acest lucru nu vom înțelege atunci că psihanalistul citește în stele... sau decodifică visele, ori ghicește gândurile ascunse, sau că face alte „minunății” folosindu-se de instrumentele pe care știința sa i le oferă. Nu, el doar *încurajează* subiectul să spună ceea ce vrea de fapt să spună (adică adevărul inconștientului). Și pentru a reuși lucrul acesta nu trebuie să fie stăpânul în analiză (conștiința-stăpân care nu „dă

³ S. Freud, *op.cit.*, p. 284.

⁴ S. Freud, *op.cit.*, p. 285. Ideea este preluată de Freud de la istoricul literar R.M. Meyer, conform unui articol publicat în *Die Zeit*, în 1900.

rateuri”, nu are acte ratate și, mai ales, *știe* tot), dar nici „egalul” analizantului, prietenul său, ci „doar” să fie pur și simplu Celălalt (sau cel puțin „celălalt” imaginar), „străinul”, pe care analizantul l-a mai întâlnit, de fapt, în momentul de subversiune a conștiinței, fără să știe – de altfel, acesta fiind și singurul lucru pe care *psihanalistul* îl știe.

5. Determinism psihologic în acțiuni cotidiene

Revenind la Freud, nu putem fi siguri că și el a înțeles foarte bine care este locul psihanalistului. După cum remarcam la început, nu era foarte „ascultător”. În schimb, era un bun observator, și prima observație făcută în acest capitol din *Psihopatologia vieții cotidiene* este existența unui determinism psihologic în viața umană. Trecând peste faptul că lui i se pare foarte clar acest lucru, determinismul are pentru Freud un rol esențial în orice act al conștiinței – actul fiind pre-determinat de motivații inconștiente. Iată ce spune el într-o notă mai veche pe care o reproduce aici: „[...] în viața psihică nu există nimic arbitrar, nimic nedeterminat”⁵. Și pentru a ne convinge de adevărul celor spuse, dă un număr de nouă exemple în care demonstrează că numele proprii și numerele nu sunt alese de conștiință pur și simplu la întâmplare, ci, într-o analiză atentă, se dezvăluie un sens ce a determinat alegerea unui anumit nume sau a unui anumit număr.

Într-unul dintre exemple, în care Freud însuși este subiectul întâmplării, apare numărul 2467. Numărul este ales de el în contextul unei scrisori adresate unui prieten, în care își exprima hotărârea de a nu face nici o corectură la *Interpretarea viselor*, oricât de multe greșeli ar conține. Și pentru a arăta că nu glumește alege, aparent întâmplător, un număr „ridicol” de mare: 2467. Imediat numărul îi atrage atenția, și începe să analizeze motivele pentru care l-ar fi ales. Freud, însă, nu menționează și ce anume l-a făcut conștient de calitatea simptomatică a acestui incident, cauza, altfel spus, pentru care atenția i-a fost atrasă de acest număr, și nici nu credem că ar putea să spună vreodată, tocmai aceasta fiind ceea ce îl face o dată în plus să fie formațiune a inconștientului. O explicație ar fi imposibilă.

Desigur noi am putea motiva în diverse feluri. Am putea spune, de exemplu, că 2467 pare un pic cam „prea la întâmplare” și de aceea a ieșit în evidență. De ce nu 1000, 2000, 3000 de greșeli? Pentru că nu a folosit o expresie de genul acesta, oarecum comună – de cele mai multe ori tindem să alegem numere „rotunde” sau rotunjite – am motiva că ceea ce l-a frapat a fost ieșirea din normă a numărului ales. Totuși, aceasta nu explică prezența de spirit datorită căreia s-a „prins singur asupra faptului”. Cauza aceasta rămâne în continuare necunoscută (nu poate fi doar pusă

⁵ S. Freud, *op.cit.*, p. 288.

pe seama experienței, așa cum de multe ori Freud face), ceea ce poate fi cunoscut fiind doar motivarea post-factum a alegerii acestui număr particular ce s-a dovedit a fi formațiune a inconștientului. Trebuie să presupunem pe lângă experiență, în plus, și o *deschidere*, atât față de inconștient cât și față de analiză, pentru ca aceasta din urmă să fie cu adevărat operantă. Cităm episodul povestit în *Psihopatologia vieții cotidiene*:

„Rapid încă o contribuție la psihopatologia vieții cotidiene. Găsești în scrisoare numărul 2467 ca apreciere arbitrară semeață a greșelilor care se vor afla în cartea viselor. Ideea este: un oarecare număr mare, și iată că acesta se ivește. Numai că în viața psihică nu există nimic arbitrar, nimic nedeterminat. Așa că vei aștepta cu dreptate ca inconștientul să se grăbească să determine numărul care a fost slobozit de conștient. Ei bine, citisem chiar înainte în ziar că un general E.M. a ieșit la pensie ca general de artilerie. Trebuie să știi că omul mă interesează. Când îmi făceam serviciul militar fiind cadet la școala medicală militară, a venit o dată, pe atunci fiind colonel, la infirmerie și i-a spus medicului: «Trebuie să mă faceți însă bine în opt zile, căci am de lucru la ceva ce așteaptă împăratul». Atunci mi-am propus să urmăresc cariera omului și iată, astăzi (1899) este la sfârșitul ei, general de artilerie și deja la pensie. Am vrut să calculez în cât timp a parcurs acest drum și am presupus că l-am văzut în 1882 în spital. Ar fi deci 17 ani. Îi povestesc soției mele și ea remarcă: «Păi atunci ar trebui să fii și tu deja la pensie?» Protestez: «Să mă ferească Dumnezeu». După acest dialog m-am așezat la masă ca să-ți scriu. Dar succesiunea de gânduri dinainte se continuă, și pe bună dreptate. Socotisem greșit; am în amintirea mea un punct fix în acest sens. Majoratul meu, deci a 24-a mea zi de naștere, l-am serbat în arestul militar (pentru că lipsisem de capul meu). Era deci în 1880; sunt 19 ani de atunci. Iată-1, așadar, pe 24 din 2467! Dacă iei acum vârsta mea 43 și adaugi 24 de ani, îți iese 67! Adică, la întrebarea dacă și eu vreau să ies la pensie, mi-am mai pus din dorință un adaos de 24 de ani de muncă. Sunt evident necăjit că în intervalul de timp în care l-am urmărit pe colonelul M. eu însumi nu am ajuns departe, și totuși simt ca un fel de triumf gândindu-mă că eu mai am încă totul înaintea mea, pe când cariera lui este acum deja sfârșită. Atunci se poate spune cu drept cuvânt că nici măcar numărului 2467 aruncat așa, neintenționat, nu-i lipsește determinarea din inconștient”⁶.

6. Voința liberă la limita dintre paranoia și superstiție

A doua observație este, oarecum, strâns legată de prima, pentru că este o rezistență la determinismul psihologic. Rezistența în cauză e voința liberă, sau „sentimentul special de convingere pentru voința liberă”⁷, după cum s-a exprimat Freud. Cine are un asemenea sentiment își susține cauza în majoritatea evenimentelor din viață, mai puțin, observă același Freud, în cazul deciziilor

⁶ S. Freud, *op.cit.*, pp. 228-229.

⁷ S. Freud, *op.cit.*, p. 300.

voliționale mari și importante. Pus în fața unui situații limită, subiectul cedează cu ușurință, sentimentul său se schimbă și este gata să accepte bucurios și cu resemnare existența unei constrângeri căreia nu îi poate face față („Asta-i situația, nu pot altfel, nu am încotro”⁸). Este vorba însă despre o constrângere internă, de ordin psihologic (o constrângere a sufletului) și nu una ce vine din exterior așa cum era cazul într-o situație anterior formulată (subiectul nu se resemnează în fața sorții – „așa e viața” – ci în fața unui fel de a fi, a unei structuri a persoanei sale).

Cel care are acest sentiment nu este așadar paranoic (paranoicul se poartă ca și cum ar ști cum este viața, și pentru el este într-un singur fel: rea, pentru că potrivnică) de aceea, Freud nici nu neagă acest sentiment. Dimpotrivă, spune el, este o convingere legitimă care nu poate decât să vină în sprijinul demonstrației prezenței actelor ratate, pentru că, dacă există voință liberă conștientă, dar există și voință inconștientă, de aici rezultă că „*motivarea conștientă nu se extinde asupra tuturor deciziilor noastre motorii*”⁹. Conștiința, ca un bun administrator, este liberă să nu se ocupe de toate „mărunțișurile” administrative (*Minima non curat praetor*¹⁰). Aceasta nu înseamnă că ele rămân „nerezolvate”, ci doar că revine în sarcina altuia, a inconștientului să le preia, astfel ca întregul aparat psihic să fie fără lacune, sau vicii de funcționare. Și în cazul unei funcționări vicioase, tot inconștientul este acela care „raportează” starea de fapt, însă prin adrese „trimise”, de această dată, unei instanțe superioare „*praetor-ului*”. Un prim efect al acțiunii inconștiente ar fi acela de a-i aminti acestuia din urmă faptul că și el este, la rândul lui, un simplu funcționar. Dacă „*praetor-ul*” nu este însă dispus să ia în considerare semnalele primite și nu este dispus să renunțe la poziția lui presupus privilegiată, atunci ceea ce rezultă este un conflict de pe urma căruia întregul sistem are de suferit. Pentru că *sistematic* ignorată, două *sisteme* intră în coliziune, un impact cu potențial dezastruos pentru subiect, un impact capabil să îl destructureze. Iată, deci,

⁸ *Ibid.* Într-o variantă bilingvă, engleză-germană, sintagma folosită este „Here I stand, I can do no other” („Hier stehe ich, ich kann, nicht anders”) expresie identificată de traducător ca fiind declarația lui Martin Luther în fața Dietei de la Worms, dietă care îl consideră eretic și îi cere să se dezică de convingerile sale. Tradusă, ar suna aproximativ în felul următor: „Aceasta este poziția mea, nu pot să fac altfel”. Ea merge în sensul unei declarații de credință, credință care nu stă în puterea subiectului să fie schimbată. Este vorba, până la urmă, de asumarea din partea subiectului a dorinței inconștiente (care îl determină), problema credinței nefiind, după cum bine știm, o chestiune de simplă alegere, deoarece credința nu cunoaște motive, nici nu își cunoaște originea, ea pur și simplu este (sau nu), dincolo de orice motivație sau argumentare conștientă. Un alt aspect care merită reținut vis-a-vis de acest episod istoric este acela că unul dintre motivele conflictului dintre Luther și papalitate era legat de vânzarea de indulgențe (cel care cumpăra o indulgență anula prin ea un păcat de care se făcea vinovat tocmai pentru că avea voință liberă). Vezi Sigmund Freud, *The Psychopathology of Everyday Life*, p. 253.

⁹ S. Freud, *op.cit.*, p. 301.

¹⁰ *Ibid.*

inconștientul trebuie luat în serios (dar nici prea în serios) pentru că și el are ceva de „spus”.

Există o cunoaștere inconștientă, a cărei deplasare, spune Freud, are ca rezultat un sistem (psihic) paranoic, pe de o parte, sau, pe de altă parte, fenomenul de superstiție. Asupra acestor două efecte ale deplasării cunoașterii inconștiente insistă el în continuare.

Pentru paranoic, neîncrederea în „știința” Celuilalt merge până acolo încât conștiința încearcă să preia toate funcțiile. Sarcină, evident, imposibilă, motiv pentru care paranoiacul se simte persecutat de ceva ce îi opune rezistență. Or, ceea ce îi rezistă este tocmai inconștientul, alteritatea proprie. Pentru că alteritatea este străină de el și îi este *stranie* totodată, persecutorul este întotdeauna celălalt, a cărui prezență îl *privește*.

Un exemplu dat de Freud este acela al unui paranoic care vedea un sens „ascuns” în felul în care merg oamenii pe stradă și în felul în care își mișcă bastoanele. Pentru el, desigur, toate aceste mișcări aveau sens, însă paranoicul respinge particularizarea, în virtutea unei universalități care îi lipsește, de unde, la el, inconștientul își face oricum loc până la urmă, însă doar în imaginar, pus pe seama celorlalți. Este ca și cum, dacă ceva scapă, ceva este imposibil de prins sau incomprehensibil, atunci acel ceva este în alteritatea exterioară (în celălalt scris cu „c” mic) – și totuși „purtată” de oameni ca el.

Pentru paranoic, doar ceilalți oameni poartă haina alterității, în timp ce propria lui (presupusă) nuditate nu îi ridică semne de întrebare. Pare a fi invizibil pentru sine însuși, așteptând, poate, ca dintr-un moment în altul cineva să strige: „Împăratul este gol!”. Numai că, de fapt, el nici nu poartă hainele împăratului, nici nu este împăratul, lucru pe care îl uită preocupat fiind de toate, inclusiv de „mărunțișuri”. *Minima curat praetor*, ar suna pentru el dictonul latin amintit mai sus, cea ce, până la urmă, nu e foarte departe de adevăr pentru fiecare dintre noi.

„În paranoia se îngheșuie să ajungă la conștiință și multe din acele elemente care la oamenii normali și nevrotici sunt detectate abia prin psihanaliză ca fiind prezente în inconștient. Paranoicul are deci dreptatea aici, el cunoaște ceva ce omului normal îi scapă, el vede mai pătrunzător decât capacitatea normală de gândire, dar deplasarea stării de lucruri astfel recunoscute asupra altora anulează valoarea cunoașterii lui”¹¹.

Ceea ce *cunoaște* paranoicul este că nimic nu rămâne lăsat la voia întâmplării, dar ceea ce nu *știe*, totodată, este că aceasta se aplică doar psihismului său.

Același lucru îl cunoaște și superstițiosul, însă rămâne la fel de ignorant în privința determinismului psihic. Se deosebește totuși de paranoic prin aceea că,

¹¹ *Ibid.*, p. 302.

pentru el, întâmplarea nu depinde de ceilalți, ci de un exterior în totalitatea lui, ca lume. Aparent, el ar fi într-o situație mai „gravă” decât paranoicul din moment ce pune gravitate pe orice fenomen al lumii, fără a se limita doar la viața trăită a celorlalți oameni. Însă, superstițiosul acceptă că nu totul gravitează în jurul său (poate chiar cu prea mare ușurință), de unde, relația cu alteritatea este mai relaxată, se păstrează o anumită distanță, datorită căreia alteritatea poate fi pusă în joc și astfel simbolizată. Deci, pentru superstițios drama se derulează la nivel simbolic, nu la nivel imaginar, cum este în cazul paranoicului. „Semnele” îi sunt date de întâmplări, situații, nu de acțiuni precise ale unor persoane bine determinate.

Într-o altă narațiune redată de Freud, faptul că este dus cu trăsura la o adresă greșită, după ce în prealabil își exprimase reținerea de a merge și, totodată, dorința ca bătrâna pacientă să își sfârșească zilele, și așa „destule la număr” (avea peste nouăzeci de ani), ar putea genera un asemenea fenomen de superstiție pentru el. Ar putea vedea în incident un semn prevestitor, însă, ceea ce îl oprește de la aceasta este faptul că *un altul* l-a dus (respectiv, vizitiul). Vedem, așadar, că el nu exclude ca semnificativă situația în sine (a greși adresa), ci exclude posibilitatea ei de a avea o origine externă aflată în legătură cu dorința lui internă. Dacă ar fi greșit adresa mergând pe jos, spune Freud, adică nu ar fi fost dus de o altă persoană ci ar fi fost dus, pentru că distrat, cufundat în gânduri, de o intenție inconștientă, situația ar fi cu totul alta, și ar putea fi supusă analizei. Deci, determinarea vine de la un Celălalt, situat însă în psihismul subiectului și nu înafara lui (cum ar fi în cazul paranoiei, unde e prezent un celălalt imaginar) fără a fi în același timp nici cu totul Celălalt, în sau înafara lumii. Vizitiul nu este un instrument al *destinului* ci un *celălalt* supus propriei sale dorințe inconștiente. Prin aceasta, prin dorință, între vizitiu și Freud este prezent un hiatus insurmontabil, care înlătură posibilitatea oricărei comunicări de ordin „para-normal” – o comunicare, deci, nu înafara normalității, nici în normalitate, dar nici și una și alta în același timp, ci o comunicare între cele două, *pe lângă* normal, menită să transmită/emită mesaje ascunse.

Psihanaliza, după cum am arătat deja, ia în considerare anormalitatea în normalitate, loc în care linia ce desparte psihianalistul de cel superstițios este una foarte subțire. Și totuși ea există, și o putem întrevedea în următorul pasaj:

„Deosebirea dintre mine și omul superstițios sunt două: în primul rând, el proiectează înspre exterior o motivare pe care eu o caut înăuntru; în al doilea rând, el interpretează coincidența printr-un incident, iar eu o explic printr-un gând. Dar ascunsul la el corespunde inconștientului la mine, și compulsiile de a nu lăsa coincidența să treacă drept coincidență, ci de a o interpreta, ne este comună ambilor”¹².

¹² *Ibid.*, p. 304.

7. Cunoaștere inconștientă și necunoaștere conștientă: dilema limitei cunoașterii

Există la omul superstițios, pe lângă o *cunoaștere inconștientă*, prezentă și la paranoic, o *necunoaștere conștientă*¹³, considerată de Freud a fi „una dintre rădăcinile psihice ale superstiției”¹⁴.

Să fii conștient că există o necunoaștere. Nimic mai de „bun simț” (în măsura în care „bunul simț” este la nivelul simțului comun) am putea spune. Este, până la urmă, o simplă chestiune de limitare a cunoașterii și, implicit, a conștiinței; chestiune care, luată ca atare, adică la limită, nu mai pare atât de simplă. Dacă putem accepta relativ cu ușurință că în orice moment cunoașterea este limitată, nu mai la fel de simplu a delimita conștientul de inconștient, ceea ce este „la vedere” de ceea ce este „ascuns”. Această dilemă a limitei, leagă superstiția de paranoia. Până unde ține conștientul și până unde ține inconștientul? În mod normal, omul nu este preocupat de o asemenea întrebare. În schimb, atât paranoicul cât și omul superstițios se preocupă, mai mult sau mai puțin conștient de ea, și ambii o proiectează înapoi – am văzut cum.

Formele cele mai arhaice (în măsura în care arhaicul suportă grade de comparație) de necunoaștere conștientă se găsesc în mituri, precum și în cele mai „moderne” religii. Aici psihologia este proiectată în lumea exterioară, proiecție care are ca rezultat „construirea unei realități extrasenzoriale”¹⁵ pe care psihanaliza are datoria de a o *converti* într-o psihologie a inconștientului, spune Freud. Este o conversie nu lipsită de riscuri, primul fiind tocmai acela de a re-construi o nouă mitologie, aspect asupra căruia Freud a fost, de altfel, criticat. Într-un fel, criticat pe bună dreptate, mai ales că în demersul său merge până acolo încât propune o meta-psihologie în care să fie transpusă... meta-fizica. Putem face însă abstracție de acest punct slab în teoria sa, cu atât mai mult cu cât îi vom găsi circumstanțe atenuante: dacă Freud vrea să îmblânzească „bestiarul” metafizicii¹⁶ o face numai cu buna intenție de a-l salva pe metafizician de paranoia, cerul ideilor nefiind foarte departe de universul antropomorfic prin care gândirea mitologică își explică lumea exterioară.

Antropomorfismul. Iată punctul de tangență între paranoic și omul superstițios, punct de echilibru care foarte ușor poate fi destabilizat într-o direcție sau alta atunci când inconștientul primește atributul unui Gânditor.

Lipsa de justificare a superstiției ține doar în fața gândirii științifice moderne. Însă, la fel ca știința și ea presupune o concepție asupra lumii, nu mai puțin împărtășită cu ceilalți.

¹³ Cf. S. Freud, *op.cit.*, p. 305.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Cf. J.Lacan, *Position de l'inconscient*, Ecrits.

„Romanul care renunța să întreprindă ceva important dacă vedea un zbor de păsări defavorabil avea deci relativ dreptate, el acționa consecvent premiselor sale [premise transmise de la înaintașii săi, *n.n.*]. Dar dacă renunța să facă ce-și propusese pentru că se împiedică de pragul ușii, atunci ne era nouă, necredincioșilor [s.n.], absolut superior, un mai bun psiholog decât ne străduim noi să fim. Căci acest pas greșit trebuia să-i dovedească existența unei îndoieli, a unui curent potrivnic în interiorul său, a cărui forță se putea scădea [s.n.] în momentul executării din forță intenției lui”¹⁷.

Concepția științifică asupra lumii nu mai vede în „mișcările ascunse ale sufletului”¹⁸ ceva relevant, fie pentru motivul că, ascunse fiind, sunt invizibile, deci nu intră în raza de acțiune a științei, și, prin urmare, nu aparțin lumii (ca lume empirică, alcătuită din date senzoriale), fie pentru acela că li se neagă *a priori* caracterul ascuns. Această negare este motivată de o neacceptare a limitei cunoașterii, ceea ce duce la interpretarea actului, sau mișcării însăși a sufletului nu ca fiind ascunsă ci momentan *insesizabilă*. Psihanaliza, care și ea se vrea a fi științifică, deci din *lumea* noastră, modernă, pare a se situa undeva la mijloc: există, pentru ea, o mișcare ascunsă a sufletului *parțial-sesizabilă*.

8. Tensiunea nevrotică în recunoașterea fantasmei subiectului. Exemplul sentimentului de *déjà vu*

Superstiția este cel mai ușor sesizabilă la nevroticii obsesionali, împovărați, spune Freud, „cu o gândire compulsivă și cu stări compulsive”¹⁹. Povara pe care ei o poartă este rezultatul unor „afecte ostile și crude”²⁰ reprimare, este povara unei neîncetate lupte împotriva agresivității (e.g. lupta pentru pace) din care și superstiția se hrănește. Ca în orice luptă, nenorocirea este inevitabilă, de aceea, așteptarea unei nenorociri este *norma* în superstiție, cu atât mai mult cu cât educația primită, sau cultura în general, încurajează această luptă. *Lumea*, până la urmă, încurajează reprimarea oricărui „gând rău” asupra celui alt, gând care devine astfel de două ori o povară: povara lupei împotriva gândului, pe de o parte, și povara vinei de a-l fi avut, pe de altă parte. Prin aceasta din urmă, rezultatul luptei este de la început hotărât a fi un dezastru pentru subiect. Chiar dacă agresivitatea, „gândul rău” bate în retragere, subiectul se face vinovat de lupta însăși, fără a ști că ea este, de fapt, norma.

Tot acest adevărat război interior reprezintă doar mecanismul psihic al superstiției fără ca ea să fie, însă, limitată la acesta. Superstiția, spune Freud are în

¹⁷ S. Freud, *op.cit.* p. 306.

¹⁸ *Ibid.*, p. 307.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

plus și rădăcini reale, pe care el alege să nu le ignore *a priori*. Este vorba despre presimțiri, vise profetice, experiențe telepatice, și alte asemenea experiențe pe care noi le-am numi extrasenzoriale sau paranormale. Nu le ignoră și nu este singurul, deoarece, la fel ca el și alți oameni „remarcabili din punct de vedere intelectual”²¹ au cercetat aceste fenomene, lucru care dovedește că știința modernă nu și-a pierdut cu totul capacitatea de a fi intrigată de straniu sau miraculos. Chiar dacă toate aceste fenomene nu sunt demonstrabile științific, ele au o valoare tocmai datorită imposibilității, datorită faptului că depășesc limitele înțelegerii și pun știința în dificultate, în postura de a se *uimi*. Și nu ar fi vorba decât despre un joc pervers dacă nu am *crede* cu adevărat în existența acestor fenomene, *ca fenomene*.

Într-adevăr, e vorba despre fenomene care, chiar dacă, într-o lume absurdă s-ar dovedi a fi *adevărate* din punct de vedere științific, nu ar avea un impact major asupra psihanalizei. O analiză atentă asupra aceluia care le trăiește ar dovedi faptul că sunt la fel de bine determinate psihic ca orice alte manifestări simptomatice ale inconștientului. Așa este, de pildă, cazul viselor profetice, a „întâlnirilor ciudate” sau a senzației de *deja-vu*, exemple pe care Freud le dă ca fiind dintre cele mai răspândite și acceptate fenomene din categoria misterului.

Gândirea științifică a omului modern încă speră într-un sens venit de altundeva care să îl bine situeze în lumea aceasta. Caută un loc bine determinat, un destin scris, ce așteaptă doar a fi decodat, cheia spre o viață fericită (cel puțin, intelectual). Or, speranța este una zadarnică, pentru că o asemenea cheie nu există, în ciuda oricărui adevăr științific. Chiar dacă am fi mai „realiști” și am construi o mașină a timpului pentru a reveni asupra unor momente *cheie* din viața noastră, din care să învățăm ceva ... tot nu am face decât să ne amăgim, deoarece, nu mai putem fi siguri că ceea ce găsim este ceea ce am lăsat în urmă.

E adevărat, „[...] senzația aceea stranie și ciudată pe care o avem în anumite momente și situații, de parcă am mai fi trăit o dată exact același lucru [...]”²² ne dă speranțe. Sunt speranțe îndreptățite, pentru că senzația de *deja-vu* nu este, potrivit lui Freud, o simplă iluzie. „Mai degrabă, în asemenea momente atingem realmente ceva ce am mai trăit o dată, numai că acest ceva nu poate fi amintit în mod conștient. Senzația lui *deja-vu* corespunde, exprimat pe scurt, amintirii unei fantasmе inconștiente”²³. Corespunde amintirii *inconștiente* a unei fantasmе inconștiente, am completa noi, complicație menită să răstoarne speranța oricărei cunoașteri a unui eveniment trecut, dar nu și posibilitatea unei *re-cunoașteri*... este adevărat, inconștientă.

²¹ *Ibid.*

²² S. Freud. *op.cit.*, p. 312.

²³ *Ibid.*

Iată un asemenea caz de deja-vu descris de Freud în „Psihopatologia vieții cotidiene”:

„O doamna de 37 de ani afirmă că își amintește cât se poate de pregnant că la vârsta de doisprezece ani și jumătate a făcut o primă vizită la țară unor prietene de școală, și când a pășit în grădină a avut pe loc senzația că mai fusese o dată acolo; această senzație s-a repetat când a intrat în camerele locuinței, așa încât credea că știe dinainte care încăpere va fi următoarea, ce vedere va avea din fiecare spre exterior etc. Este însă absolut exclus, și a fost infirmat prin informațiile culese de la părinți, ca acest sentiment a ceva cunoscut să fi putut izvorî dintr-o vizită prealabilă a casei și grădinii, de exemplu în frageda ei copilărie. Doamna care relatea povestea nu căuta o explicație psihologică, ci vedea în ivirea acestei senzații un indiciu profetic al semnificației pe care mai târziu au dobândit-o tocmai aceste prietene în viața ei afectivă. Analiza circumstanțelor în care apărea la ea fenomenul ne arată însă drumul spre o altă concepție. Când a făcut vizita știa că aceste fete aveau un singur frate, grav bolnav. În timpul vizitei l-a văzut și pe el, i s-a părut că arăta foarte rău și s-a gândit că va muri curând. Propriul ei frate fusese însă bolnav de difterie cu câteva luni în urmă; în timpul bolii lui ea locuise multe săptămâni departe de casa părintească, la o rudă. Ea crede că fratele ei fusese împreună cu ea în această vizită la țară, chiar este de părere că a fost prima lui excursie mai lungă făcută după boală; dar amintirea ei legată de aceste puncte este ciudat de neclară, pe când toate celelalte detalii, și mai cu seamă rochia pe care a purtat-o în ziua aceea, le are extrem de clar în fața ochilor. Specialistului nu-i va fi greu să conchidă din aceste indicii că așteptarea ca fratele ei să moară jucase atunci la ea un rol important și fie nu fusese niciodată conștientizată, fie căzuse pradă unei refulări energice după deznodământul fericit al bolii. În caz contrar ar fi trebuit să poarte o altă rochie, și anume haine de doliu. La prietenele ei a găsit acum situația analoagă, pe singurul frate în pericol de a muri curând, ceea ce s-a și întâmplat la scurt timp după aceea. Ar fi trebuit să-și amintească în mod conștient că trecuse ea însăși prin această situație cu câteva luni în urmă; în loc de a-și aminti asta, ceea ce era împiedicat de refulare, a transferat sentimentul de amintire asupra locațiilor, grădină și casă, și a căzut pradă acelei *fausse re-connaissance* că mai văzuse o dată toate acestea exact așa. Din faptul refulării putem să conchidem că așteptarea ei la vremea respectivă că fratele ei va muri nu era prea îndepărtată de caracterul unei fantasme-dorință. Ea ar fi rămas atunci singurul copil. În nevroza ei ulterioară a suferit în mod foarte intens de teama să nu-și piardă părinții, îndărătul căreia analiza a putut detecta ca de obicei dorința inconștientă de același conținut”²⁴.

Narațiunea cazului de mai sus dezvăluie cum dorințele refulate pot apărea în forma mascată a logicii superstiției. Găsind în aceasta un resort psihologic, Freud o înscrie în registrul unei nevroze (mai mult, sau mai puțin, intensă), un element al vieții de zi cu zi care nu ridică semne foarte mari de îngrijorare. Problema paranoiei este însă una mai gravă iar Freud face mari eforturi, deși

²⁴ S. Freud, *op.cit.*, pp. 313-314.

domeniul psihozelor nu al interesează în mod special (sau, chiar, foarte puțin), pentru a-l delimita de superstiție.

9. Poziția subiectivă, subiectivitatea și limita interpretării psihanalitice

Psihopatologia vieții cotidiene abundă de exemple care dovedesc faptul că cele mai comune evenimente din viața noastră, cum ar fi uitarea unor nume, greșeli de vorbire, greșeli de scriere, apucarea greșită a unui obiect, nu sunt deloc întâmplătoare. În acest context, se pune problema raportului subiectiv cu aceste evenimente. Într-o atitudine subiectivă am putea presupune că aceste evenimente, dacă nu sunt întâmplătoare, atunci, fie sunt puse la cale de cineva, fie sunt semne a ceva. Este foarte tentant să credem cu ușurință una dintre aceste variante, cu atât mai mult cu cât ambele sunt în parte adevărate. Aceasta deoarece ele sunt într-adevăr puse la cale de un Celălalt și sunt semne ale acestuia, doar că este un Celălalt inconștient. Relația cu acesta din urmă, cu inconștientul, este cea care definește până la urmă poziția subiectului și face diferența între o funcționare „normală” și una paranoică, sau una prinsă în fenomenul de superstiție. În plus, dacă accentuăm premisa de lucru freudiană, și anume faptul că în psihismul uman totul este determinat, analiza unor evenimente care ne atrag atenția și care nu ies foarte mult din „raza de acțiune a normalului” (recunoaștem, o exigență freudiană destul de problematică) este menținută înafara pericolului de a cădea în capacanele paranoiei sau a fenomenelor de superstiție.

Mai rămâne acum de stabilit o limită a analizei psihanalitice și, implicit, o limită a psihanalizei. Or, în această privință, după opinia noastră, Freud nu este foarte explicit. Cum ar putea fi, de altfel, cineva care este abia la începutul unui parcurs teoretic ce își va continua dezvoltarea mult timp după moartea sa? Cert este că una dintre limitările psihanalizei este anunțată în timpul său, nu fără importanță, chiar de un „coleg cu pregătire filosofică”, după cum se exprimă Freud. Este vorba despre obiecția subiectivismului, piatra de încercare a oricărui „bun” filosof aflat în căutarea adevărilor „pure” și „eternă”.

Freud povestește că, prezentându-i analizele sale asupra unor exemple de uitări de nume, colegul *se grăbește* să îi răspundă: „Foarte frumos, dar la mine uitarea de nume are loc altfel”²⁵. În remarcă sa ușor ironică, acest coleg folosește propria subiectivitate ca argument împotriva unei *teorii* ce privește subiectul (cu alte cuvinte, folosește împotriva lui Freud propriile sale arme, ale *interiorității* psihice – ideea de interioritate va fi criticată mult mai târziu de către un

²⁵ *Ibid.*, p. 316.

fenomenolog, și anume de Merleau-Ponty) bun prilej de a ne întreba dacă subiectul este chiar atât de subiectiv pe cât crede.

Lui Freud, episodul îi dă ocazia de a se întreba asupra valorii de universalitate a interpretării unui caz, întrebarea la care mărturisește că nu are răspuns. Ce poate spune însă este că o interpretare e în majoritatea cazurilor ori posibilă, chiar dacă ar veni mai târziu, și nu întotdeauna atunci când este așteptată. „[...] Un simptom la început irezolvabil al analizei devine accesibil dacă a scăzut interesul real față de gândul refulat”²⁶ precizează Freud.

Nu este cazul să intrăm aici în problema complexă a interpretării, să reținem doar faptul că Freud pune dificultatea de interpretare pe seama unor „rezistențe interne” a căror forțe pot să scadă în beneficiul interpretării, tocmai atunci când interpretarea nu mai este vrută cu orice preț. Simplul fapt că se opune rezistență interpretării, fie din partea analizantului, fie din partea analistului (într-un mod inconștient, se înțelege), demonstrează că psihanaliza este departe de a se complăce în acordul mutual al intersubiectivității. Dimpotrivă, folosește intersubiectivitatea ca punct pornind de la care relația subiectului cu obiectul (și cu lumea) se lămurește.

Pe lângă aceasta, nu poate fi vorba pur și simplu de subiectivism în psihanaliză, atâta timp cât ea se folosește de o metodă (obiectivă) prin care refulatul este încurajat să se exprime, în condițiile în care „gândurile și emoțiile refulate nu-și găsesc în mod automat (de la sine și prin sine, n.n.) expresie în acțiuni simptomatice și ratate”²⁷. Mai mult, simpla *existență* a metodei este condiție suficientă pentru a garanta posibilitatea de exprimare sub forma simptomelor. Altfel, simptomul inconștient nu ar avea nici un sens, pentru că nu ar avea cui i se „adresa”. În această privință Lacan va putea spune mai târziu în *Ecrits*: „[...] psihanalistii fac parte din conceptul de inconștient, pentru că ei reprezintă adresa”²⁸. Există așadar, din nou, un factor obiectiv – psihanalistul – necesar pentru ca psihanaliza să poată funcționa.

10. Concluzie. „Psihopatologia vieții cotidiene” – o narațiune despre eșecul refulării totale, fără rest

Dacă gândurile refulate se pot exprima și în alt mod decât prin inconștient, deci înafara psihanalizei, este o chestiune la care Freud nu are răspuns. Nici nu este datoria lui să facă acest lucru, spune el, de altfel, ci ar fi mai degrabă sarcina filosofilor și a filologilor. Îl preocupă totuși particularitățile acestor gânduri

²⁶ *Ibid*, p. 317.

²⁷ *Ibid.*, p. 318.

²⁸ J. Lacan, *Ecrits*, p. 834.

refulate care motivează actele ratate. Întregul parcurs al cărții nu a urmărit decât să demonstreze faptul că actele ratate sunt determinate psihic, dar nu a insistat asupra acestor determinări. De aceea, pe câteva pagini, Freud va face o analiză cu privire la originea gândurilor care se manifestă simptomatic, condițiile pentru ca acest lucru să aibă loc și, în al treilea rând, cu privire la posibilitatea dovedirii unor „relații constante și clare între felul actelor ratate și calitățile a ceea ce este exprimat prin ele”²⁹.

Începe cu această din urmă problemă, idealul cartezian al ideii clare și distincte, însă nici chiar el, în chestiuni ce privesc sufletul (*psyche*) uman, nu se poate ridica la nivelul acestui ideal. Este nevoit să recunoască, și o face fără nici o urmă de resentiment, că nici în cazul erorii de vorbire, de lectură sau de scriere, nici în cazul uitării sau în cel al apucării greșite a unui obiect nu este clar un principiu unic după care între refutat și expresia lui ca simptom să poată fi stabilită o corelație bine determinată. Tot ce se poate face este o prezentare descriptivă a relației ca atare, bazată pe observația că „gândul perturbator este fie legat de cel perturbat prin asocieri de gânduri (tulburare prin contradicție internă), fie îi este necorespunzător în ce privește natura sa, și printr-o asociere exterioară surprinzătoare este legat tocmai cuvântul perturbat cu gândul perturbator, care adesea este inconștient”³⁰.

Cel mai elocvent în acest sens este cazul uitării, mecanismul prin care gândul refutat se dă ca lipsă. Dar nu orice fenomen de uitare, atrage atenția Freud, este neapărat unul simptomatic, deci nu orice lipsă indică un gând perturbator în spatele ei. Există un proces normal de uitare al cărui mecanism ne scapă. Totuși, Freud sugerează că, în ciuda a ceea ce tindem să credem, uitarea nu ar avea legătură cu timpul (cu trecerea lui), ci ar fi mai degrabă consecința a două „influențe”, și anume *condensarea* și *denaturarea* și că pentru amintire, în schimb, o anumită perioadă de timp este necesară, perioadă în care să fie clarificat, scos la lumină de sub aceste influențe un anumit eveniment.

Nu toate amintirile, doar cele refulate, par a păstra nemodificat „materialul mnezic” și asta deoarece este depus în inconștient unde mișcările temporale nu au loc, pentru că, după cum spune Freud, „*inconștientul este în general atemporal*”³¹. Astfel, dacă în uitarea suntem surprinși, este tocmai datorită caracterului indeterminat al evenimentului în cauză, indeterminare ce vine din inconștient. Ce pare a rezulta până la urmă este că, într-un fenomen de uitare care ne surprinde își face loc o „amintire” (impropriu numită așa, din moment ce nu este articulată conștient) din inconștient nesupusă influențelor de condensare sau denaturare,

²⁹ S. Freud, *op.cit.*, p. 320.

³⁰ *Ibid.*, p. 320.

³¹ *Ibid.*, p. 322.

reală, deci imposibil de a surveni direct în conștiință fără riscul de a destructura subiectul. Uitarea devine astfel un mecanism de apărare al subiectului conștient și poate lua diverse forme: uitarea de nume, uitarea unor intenții, sau chiar să fie prezentă sub forma unor acte ratate. Ceea ce subiectul își „amintește” (mai degrabă, subiectului îi este amintit) în uitare sunt dorințe și fantasme inconștiente nu situații și evenimente factuale (eventual traumatice). Adică, își „amintește” gânduri ascunse care fac gaură în conștiință. Nu este astfel surprinzător faptul că Freud poate pune în prim planul uitării unor intenții „refularea a ceea ce este *penibil* de amintit”³², adică refularea unui gând care primește marca penibilului din cauză că atinge o fantasmă inconștientă.

Observăm complexitatea relațiilor între ceea ce este refulat și expresia acestui refulat, complexitatea prea mare pentru a fi prinsă în rețele coerente și clare, mai ales atunci când, într-o psihopatologie cotidiană, normală, principalele trase sunt prea fine pentru a fi urmărite cu exactitate. De aceea tulburările grave, care duc la îngroșarea limitelor dintre patologic și normal, sunt cele care ajută la elucidarea relațiilor descrise de Freud.

Cu atât mai puțin pot fi elucidate întrebările privind originea gândurilor care se exprimă în actele ratate. La oamenii sănătoși, acestea sunt puse de către Freud, de cele mai multe ori, pe seama sentimentelor egoiste, de gelozie, ostile; adică, pe seama unei identificări imaginare, am spune noi, ținute în tensiune de presiunea educației morale. Actele ratate devin astfel acte de afirmare, protest al existenței inconștientului, „rezervorul” acestor sentimente vitale, care, numai datorită unei anumite tolerări a imoralului își găsesc expresie în mecanismul subtil al actului ratat, pentru a nu exploda de-a dreptul în *trecere la act*.

Se cere, așadar, ochiului vigilent al instanței morale să treacă cu vederea o anumită doză, o doză „comodă” după expresia lui Freud, de imoralitate, pentru a permite gândurilor inconștiente să se exprime. În caz contrar, nu se obține pur și simplu o dizolvare a lor, gândul nu dispare, ci găsește alte modalități, violente, de exprimare – exprimarea devine explozie destructurantă.

Răspunsul la această cerere ar fi o posibilă condiție pentru ca un gând să își găsească expresia, deși, Freud spune că „nu se poate obține [...] o înțelegere a naturii generale a condiționării actelor ratate și întâmplătoare”³³. Și de ce nu l-am crede din moment ce un rest al gândului refulat rămâne întotdeauna neexprimat, deci necunoscut, iar și ceea ce se face cunoscut este doar sub o formă „parazitară”³⁴, adică, sub forma unui alt gând. Nu ține de capacitatea de conștientizare înlăturarea acestor bruiaje, așa cum înțelegerea cauzelor care le-a produs nu este pur și simplu

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*, p. 325.

³⁴ Cf. S. Freud, *op.cit.*, p. 324.

o cheștiune de concentrare. De aceea nici actele ratate nu pot fi concentrate într-un punct comun din care cunoașterea să extragă rețete de interpretare.

Ele au un mecanism, precizează Freud, a cărui puncte esențiale sunt comune cu mecanismul de formare a viselor, au deci o articulație illogică, absurdă, care nu intră în modelele conceptuale ale rațiunii. „Somnul rațiunii naște monștri”, dar nici luciditatea ei nu poate veghea mai bine împotriva gândurilor ascunse care ne bântuie pe toți. „Granița dintre norma nevrotică și anormalitate este una fluctuantă și noi cu toții suntem puțini nervoși”³⁵, spune Freud. Un alt citat, cu titlu de concluzie: „[...] caracterul comun al cazurilor mai ușoare ca și al celor mai grele (de perturbare a aparatului psihic, n.n.), la care participă și acțiunile ratate, constă în reductibilitatea fenomenelor la un material psihic nereprimat în totalitate, care a fost respins de conștiință, fără a i se fi răpit totuși orice capacitate de a se manifesta”³⁶.

Bibliografie

1. Freud, Sigmund, *The Psychopathology of Everyday Life* (trad. James Strachey, Anna Freud), London: The Hogart Press, 1995.
2. Freud, Sigmund, *Cuvântul de spirit și raportul său cu inconștientul* (trad. Vasile Dem. Zamfirescu), București: Editura Trei, 2010.
3. Freud, Sigmund, *Psihopatologia vieții cotidiene* (trad. Hertha Spuhn, Daniela Ștefănescu), București: Editura Trei, 2010.
4. Freud, Sigmund, *Psihologia inconștientului* (trad. Gilbert Lepădatu, George Purdea, Vasile Dem. Zamfirescu), București: Editura Trei, 2017.
5. Lacan, Jacques. *Écrits: The First Complete Edition in English*. New York: WW Norton & Co., 2007.
6. Richir, Marc, „Merleau-Ponty : un tout nouveau rapport à la psychanalyse”, *Les cahiers de Philosophie*, nr. 7: Actualités de Merleau-Ponty, Lille III, mai 1989.
7. Richir, Marc, *Phénoménologie et institution symbolique. (Phénomènes, temps et êtres II)*, Grenoble: Éditions Jérôme Millon, 1988.
8. Soler, Colette, *Lacan, l'inconscient réinventé*, Paris: PUF, 2009.

³⁵ *Ibid.*, p. 326.

³⁶ *Ibid.*

2.

TEMPORALITATE, SUBIECTIVITATE, BOALĂ

Agentivitate temporală în boala cronică

ION COPOERU

De cele mai multe ori, atunci când se urmărește stabilirea gradului de nemulțumire a pacienților cu boli cronice, cercetătorii se limitează doar la o descriere a acesteia¹. Atât pentru experții medicali, cât și pentru cercetătorii din științele socio-umane rămâne, așadar, în continuare, provocarea de a clarifica în ce constă exact și care sunt motivele profunde de nemulțumire a pacientului. Mai mult, identificarea, descrierea și explicarea capacității pacienților de a face față unei boli cronice este o sarcină importantă și pentru filosofi.

Întrebarea filosofică pe care o ridică boala cronică, ca, de altfel, orice boală, este cea legată de ideea *vieții bune*. Ar putea bolnavul cronic să mai spere la o viață bună? Pe când, în cazul bolii acute, disconfortul și suferința produse de boală sunt, de cele mai multe ori, tranzitorii, în cazul unei boli cronice, pacientul știe că acestea vor persista într-o formă sau alta. Această *temporalitate specifică* bolii cronice are un rol important în modelarea comportamentului pacientului, a modului în care el tratează boala, sub toate aspectele ei (personale, sociale, instituționale).

Temporalitatea specifică bolii cronice se manifestă la diferite niveluri. La *nivel personal*, ea „colorează” suferința pacientului, împletindu-se cu întreaga sa viață; boala devine, astfel, un element al identității persoanei și o parte structurală a biografiei sale. La *nivel social (interpersonal)*, boala cronică riscă să împiedice aspecte semnificative ale relaționalității. În sfârșit, *din punct de vedere instituțional*, o boală cronică situează pacientul într-o poziție particulară în raport puterea instituțională, care constă, de cele mai multe ori, în diferite grade de dependență.

Oamenii își pun constant întrebări cu privire la timp și finitudinea existenței lor. Cu toate acestea, modurile în care viața lor se deschide și se așterne spre viitor diferă de la o fază la alta și depinde, în mare măsură, de fundalul și contextul care se reconfigurează continuu în jurul lor și le influențează nu doar deciziile, ci însăși posibilitatea de a menține continuitatea vieții. Acest fundal general al vieții susține și determină acțiunile pacientului, fie ele voluntare sau nu.

¹ Luminița Diț, Adriana Băban, Dan L Dumitrașcu, The Impact of the Disease Severity on the Type 2 Diabetes Mellitus Patients Satisfaction with Quality of Care. *Medicine and Pharmacy Reports* Vol 85, No 4, (2012), p. 210. <https://medpharmareports.com/index.php/mpr/issue/view/6>

În toate aceste problematice, cronicitatea bolii este un aspect important, întrucât are un rol decisiv în modelarea felului în care pacientul își construiește strategii și adună și structurează resurse pentru a face față stării sale medicale (dar și a celei psihologice și sociale asociate). Putem spune, deci, că *structura agentivității pacientului este configurată de structura temporalității legată de boala cronică*. Pe câtă vreme experiența vieții noastre e întretesută cu o urzeală atotcuprinzătoare a timpului (*overall weave of time*)², fiecare parte structurală a fluxului temporal, așa cum este experimentată de pacient, determină un răspuns specific. Trecutul, prezentul și viitorul nu sunt doar faze discrete ale liniei temporale, ci și aspecte structurale ale experienței trăite și moduri de organizare și orientare a acțiunilor cuiva într-o situație determinată.

Această lucrare își propune să examineze o serie de aspecte care conturează capacitatea de acțiune a subiectului în contextul bolii și a suferinței. Astfel, în prima ei secțiune, este analizată relația dintre temporalitate și patologie pentru a scoate în evidență ce înseamnă cronicitate. A doua secțiune va detalia conceptul de agentivitate în boala cronică raportat la ideea de temporalitate, mergând de la integrarea neuronală până la aspecte intersubiective și inter-enactive ale acesteia.

I. Temporalitate și patologie

1. Suferință/boală

În timp ce „boală” (*disease*) se referă la afecțiuni biomedicale, termenul de „suferință” ar trebui rezervat pentru experiența trăită a bolii³. Distincția este importantă nu numai pentru că expresiile se referă la realități diferite, ci, mai ales, pentru că reliefaarea distanțării sau a nesuprapunerii lor facilitează descrierea agentivității pacientului. Pe câtă vreme, stricta referire la condițiile „medicale” trimite la un dat obiectiv, căruia subiectul îi este „supus”, dimensiunea experienței trăite (sau experimentate) este un teren de posibilă (re)orientare pentru subiect. Experiența nu înseamnă doar experimentarea trecută sau prezentă, chiar în acel moment, a ceva anume ci și anticiparea, reconfigurarea și recalibrarea a ceva sub forma unei experiențe înțelese într-un sens larg, care include, deopotrivă, aspecte ce țin de trecut, prezent și viitor.

² David Morris, „Lived Time and Absolute Knowing: Habit and Addiction from Infinite Jest to the Phenomenology of Spirit”, *Clio: A Journal of Literature, History and the Philosophy of History*, 30, 2001, p. 375. <http://www.ipfw.edu/eng/clio/>

³ Vezi Morris David, „Diabetes, Chronic Illness and the Bodily Roots of Ecstatic Temporality”, *Hum Stud*, 31, 2008, pp. 399–421; C. Delmar, „The phenomenology of life phenomena—in a nursing context”, *Nursing Philosophy*, 7, 2006, pp. 235–246; S. Kay Toombs, „The metamorphosis: The nature of chronic illness and its challenge to medicine”, *Journal of Medical Humanities*, 14, 1992, pp. 223–230.

Suferința poate fi urmărită și analizată din punctul de vedere al structurii ei temporale. Urmând această cale, Fredrik Svenaeus a propus să fie conceptualizată ca „o alienare a trecutului și viitorului, prin care trecutul și viitorul meu îmi par străine, în comparație cu starea de fapt de dinaintea debutului ei”⁴. Așadar, suferința apare ca o reconfigurare a perspectivei asupra trecutului și a viitorului, „datorită căreia acestea primesc strania calitate de a-mi aparține și, în același timp, de a nu-mi mai aparține”⁵.

Această abordare ne îndeamnă să luăm în considerare și să discutăm, într-o manieră mai atentă, structura temporală a experienței trăite. Dintr-o perspectivă fenomenologică, ea constă în trei moduri temporale distincte, sau unități de bază ale conștiinței timpului (trecutul, prezentul și viitorul), care sunt evaluate prin interrelația și unitatea lor. După cum a subliniat Kay Toombs, urmându-i pe exegeții husserlieni, temporalitatea „este constituită ca un câmp de apariție (*field of occurrence*) ce include trecutul și viitorul, deschizând *orizonturi pentru prezent*”⁶. Din acest punct de vedere, a considera prezentul ca un moment izolat al fluxului temporal ar fi cu siguranță o greșeală. Cu toate acestea, este exact ceea ce se întâmplă în multe situații când subiectul este bolnav.

Dar modurile în care subiectul se poate raporta la propria sa experiență a bolii au potențialul de a fi reconsiderate și schimbate, fapt ce nu ar fi posibil, desigur, dacă subiectul ar încadra starea sa medicală ca fiind o experiență de natură pur „fizică”. Faptul că această structură temporală de orizont este localizată, în primul rând, la nivelul fundamental al experienței prerenflexive, nu este un obstacol în calea reconfigurării experienței trăite a bolii, ci dimpotrivă, o condiție posibilizantă. Or, aceasta funcționează ca o sursă inepuizabilă la care subiectul „alienat” al bolii poate reveni (în principiu, oricând, în realitate, în situații intersubiective determinate). Structura temporală urcă, putem spune, de la nivelul fundamental până la acțiunile individuale și narațiuni⁷. Pacientul își construiește semnificații pentru experiența trăită, iar aceste semnificații revin și reverberează în propria experiență. În „boala suferită”, senzației corpului străin i se dă o semnificație și, în cele din urmă, ea este integrată în câmpul experienței generale a pacientului, fiind, concomitent, conectată la experiența intersubiectivă a comunității de indivizi. Prin narațiunea suferinței, „boala” devine un obiect cultural, o instanță de comunalitate și istoricitate⁸.

⁴ Fredrik Svenaeus, „Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine”, *Med Health Care and Philos*, 14, 2011, p. 342.

⁵ *Ibidem*.

⁶ David Carr, *Time, Narrativity and History*, Indiana University Press, Bloomington, 1986, pp. 23-24.

⁷ *Ibidem*, pp. 73-99.

⁸ Sensul termenului de „boală”, așa cum este definit aici, aparține cu siguranță, unei culturi specifice și este chiar mai evident în unele dintre straturile acestei culturi. În consecință,

În timp ce structura temporalității este constitutivă pentru modul de experimentare al bolii de către pacient și poate avea un impact asupra modurilor în care persoana se raportează la boală, pare că boala în sine rămâne în afara domeniului evoluțiilor temporale. De fapt, înțelegerea bolii este cea care este în întregime traversată și configurată de temporalitate.

Mai mult, dacă adăugăm analizei un caracter enactiv, acesta va merge din ce în ce mai adânc, dezvoltând microstructura conștiinței timpului, fapt ce va avea implicații majore pentru înțelegerea acțiunii agentului⁹.

2. *Acut/cronic*

Boala acută „apare subit, are simptome imediate sau, care se dezvoltă rapid, cu o durată limitată”, spre deosebire de boala cronică, ea fiind de lungă durată, dezvoltându-se și agravându-se odată cu trecerea timpului¹⁰. Cu toate că aceste definiții sunt legitimate medical și s-au înrădăcinat în uzul curent, ele sunt insuficiente. Este dificil să decidem asupra unui interval de timp clar în legătură cu fiecare dintre aceste două tipuri. De asemenea, poate că nu este chiar corect să comparăm, de exemplu, gripa cu o infecție cu hepatită C (ambele boli acute) sau „HIV (o infecție cronică care poate fi controlată de-a lungul vieții cu medicamente antiretrovirale) să fie comparată cu scleroza multiplă (o boală cronică, dar care progresează invariabil în ciuda tratamentului)”¹¹. În cele din urmă, distincția dintre *acut* versus *cronic* nu este decât relativă, fără a spune nimic despre natura acelei afecțiuni. De exemplu, distincția nu spune nici dacă boala este somatică, nici dacă este psihică, nici dacă este totodată somatică și psihică. Totuși, este important ca pacientul să înțeleagă sensul acestor termeni, și să comunice într-un mod eficient cu persoana care asigură asistență medicală. Aceste categorii sunt mai relevante, însă, pentru modul în care pacientul experimentează boala decât pentru medic. Indiferent cât de ambiguë ar fi din punct de vedere medical, pentru experiența temporală a pacientului, ele ar putea fi și, de cele mai multe ori, chiar sunt, extrem de semnificative. O boală acută, oricât de bruscă și înspăimântătoare, are un impact redus asupra sentimentului profund (implicit) de temporalitate al pacientului (exceptând, desigur, situațiile în care viața acestuia este amenințată). Agentul este îndemnat să acționeze rapid sau să caute îngrijire profesională. În schimb, în

agentivitatea pacientului este foarte mult determinată de factori culturali și istorici. Această fenomenologie a îmbolnăvirii nu trebuie considerată universală; ea este, mai degrabă, o secvență a unei antropologii a vieții moderne.

⁹ Gallagher, Shaun, „The Past, Present and Future of Time-Consciousness: From Husserl to Varela and Beyond”, *Constructivist Foundations* 13 (1), 2017, pp. 91–97. <http://constructivist.info/13/1/091>

¹⁰ J. Whitlock, „The Difference Between Acute and Chronic Illnesses”, 2020.

<https://www.verywellhealth.com/chronic-definition-3157059>

¹¹ *Ibidem*.

condițiile unei boli cronice este imperios necesar ca orizontul de timp al agentului să se schimbe, la fel cum este necesar ca pacientul să-și modifice comportamentul de zi cu zi. De fapt, modul în care boala cronică, de obicei, este abordată din punct de vedere medical presupune o schimbare majoră a comportamentului, începând cu medicația (de obicei permanentă), continuând cu o atenție constantă la dietă și terminând cu acceptarea recurențelor și a recidivelor bolii. Astfel, structura temporalității este substanțial modificată la un pacient cronic.

3. Cronicitatea ca temporalitate patologică

După cum explică pe larg Natalie Depraz, în ciuda diferențierii subtile sau chiar a eterogenității dintre patologii, persistă un fond al unei dinamici temporale. Această dinamică este caracterizată de un „bruiaj al secvențelor și fazelor, și/sau printr-o circularitate puternică. [...] Forma succesiunii este perturbată, subiectul are dificultăți în secvențializarea așteptării, a crizei și a consecințelor și, de foarte multe ori, aceasta «se derulează în buclă», așa cum unii dintre subiecți spun. Așadar, această circularitate nu este circulația virtuoasă a evenimentului colectiv care se re trăiește mai intens în comemorare și este impregnată de faptul de a fi părtaș la acesta, ci are dimensiunea «vicioasă» a repetiției cronicizante (*répétition chronicisante*)”¹². Astfel, cronicitatea apare ca „o patologie transversală globală”¹³.

Patologia temporalității a fost explicată nu doar ca simptom al unei tulburări, ci și ca factor constitutiv al respectivei tulburări, cu diverse alte simptome specifice¹⁴. Un experiment realizat în anul 2014, care a constatat într-o evaluare calitativă a „tulburărilor” trăirii timpului de către indivizi cu multiple tipuri de dependențe de droguri, proaspăt intrați într-o comunitate terapeutică, dar care, anterior, renunțaseră la consumul de droguri pe perioade de timp insignifiante, au scos la lumină mai multe dimensiuni ale temporalității în dependență. Studiul a adus dovezi în sprijinul faptului că persoanele cu dependență, cel puțin la începutul perioadei de abținere, întâmpină dificultăți în a urma un regim terapeutic strict reglementat temporal, resimțind totodată nevoia de a accelera timpul pe măsură trecerii sale. Din acest punct de vedere, dependența apare ca „o tulburare temporală, care are ca rezultat lipsa echilibrului între ciclurile temporale naturale, individuale și sociale”¹⁵.

¹² Natalie Depraz, *Le sujet de la surprise. Un sujet cardinal*, Zeta-books, 2018, p. 47.

¹³ Natalie Depraz, *Microphenomenology of Chronicity in Psychosomatic Diseases (Diabetes, Anorexia, and Schizophrenia)*, In: Christian Tewes and Giovanni Stanghellini, *Time and Body Phenomenological and Psychopathological Approaches*, Cambridge University Press, 2020, p. 82.

¹⁴ Ion Copoeru, „Is Addiction a Disorder of Temporality?”, *Alcohol Drug Depend*, 6:1, 2018., p. 1.

¹⁵ M. Moskalewicz, „Three modes of distorted temporal experience in addiction: daily life, drug ecstasy and recovery – a phenomenological perspective”, *Archive of the History of Philosophy and Social Thought* 61, Special Issue Phenomenology and Social Sciences, 2016, p. 197.

Cu siguranță, faptul că experiența alterată a pacienților este legată și de stigmatizarea cronicității bolii, care poate fi indusă chiar de profesioniștii înșiși, nu este lipsit de importanță, nici pentru pacient, nici pentru politicile publice de sănătate¹⁶. Autorii menționați mai sus evocă povestea unei persoane diagnosticate cu schizofrenie care a raportat că unul dintre medicii săi i-ar fi spus odată că nu va reuși să se descurce fără o medicație pe viață. Pacientul a resimțit acest anunț ca fiind unul violent. Există situații similare și în alte întâlniri clinice, chiar dacă nu este cazul unei boli de natură psihiatrică (dar, totuși, a uneia cronice). Toate aceste situații indică producerea intersubiectivă a unui sens comun, legat de cel al dimensiunii temporale a bolii (cronice, în acest caz).

II. Agentivitate în boala cronică

Agentivitatea, în orice boală, și cu atât mai mult în boala cronică, ia forma unui anumit mod de temporalitate, respectiv al unui implicat de „aș putea” (să fiu sau să fac). Este adevărat că Husserl a privilegiat modalitatea lui „eu pot”¹⁷, dar trebuie să vedem în aceasta, cu precădere, o orientare către viitor, care nu este doar o anticipare, o reprezentare mentală a unei stări ipotetice viitoare (deși, și aceasta este, de obicei, subînțeleasă). Vorbim, așadar, despre un temei pentru acțiune, mai precis, pentru potențialitatea acțiunii. Din acest „aș putea” foarte intim survine direct o acțiune.

În cele ce urmează, voi discuta o serie de concepte care marchează capacitatea de acțiune a subiectului în contextul bolii și al suferinței. Toate implică temporalitatea luată drept cadru al agentivității.

1. Integrarea temporală

Dacă plasăm fenomenele temporale la nivelul „sinelui”, operația care se profilează în relație cu capacitatea de acțiune a subiectului va fi aceea de integrare. „Eul” se constituie prin diferite scale temporale și se prezintă sub forma continuității temporale¹⁸. Perturbarea acestora poate duce nu numai la modificări

¹⁶ Vezi S. Thoma, I. Schwänzl, L. Galbusera, „Reopening Selves: Phenomenological Considerations on Psychiatric Spaces and the Therapeutic Stance”, *Psychopathology*, 2021.

¹⁷ Edmund Husserl, *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book: Studies in the phenomenology of constitution*. Traducere de R. Rojcewicz și A. Schuwer, Kluwer, Dordrecht, 1989. Textul original german a fost publicat în 1952.

¹⁸ G. Northoff, „Personal identity and cortical midline structure (CMS): Do temporal features of CMS neural activity transform into selfcontinuity”? *Psychological Inquiry*, 28 (2), 2017, pp. 122–131.

majore în viața mentală a subiectului (depresie, manie sau psihoză)¹⁹, ci și la o împiedicare semnificativă a capacității agentului de a acționa în raport cu propria sa stare medicală și cu propria suferință. Din punct de vedere psihologic, comportamentul subiectului este studiat în legătură cu concepte precum recompensă, atenție sau emoție. Însă, ceea ce este important pentru noi în acest context este capacitatea de a introduce modificări ale comportamentului. Northoff subliniază faptul că integrarea temporală la nivelul sinelui trebuie analizată în legătură cu articularea scalelor lungi și scurte de timp, definitorii pentru diferitele funcții psihologice²⁰.

Din perspectiva integrării temporale, mecanismul care operează, de la nivel neuronal, la nivel psihologic, pare a fi cel al „acumulării temporale” („temporal pooling”)²¹. Northoff descrie „modul în care diferite input-uri (diferiți stimuli) dintr-o anumită fereastră de timp sunt însumate și integrate în cadrul uneia și aceleiași activități”²². Răspunsul neuronal trebuie să fie rezistent la schimbări și să permită combinarea input-urilor (stimulilor) trecute și prezente în același tipar de activitate. Prin urmare, integrarea temporală la nivelul sinelui trebuie să se extindă pe perioade de timp mai lungi. Pe lângă aceasta, „acumularea temporală” permite, de asemenea, însumarea sau integrarea diferitelor input-uri din diferite surse – input-uri cognitive interne, input-uri corporale interoceptive, input-uri exteroceptive din lume – în momente temporale diferite. Prin urmare, o astfel de punere în comun temporală, o astfel de „acumulare temporală”, așadar, ar oferi „un mecanism ce ar permite ca diferite aspecte ale lumii, cogniția și corpul să fie integrate într-un sine”²³. Totuși, sunt necesare mai multe cercetări pentru a arăta cu precizie cum anume sunt integrate intrările din surse multiple (din procese cognitive, din propriul corp și din lumea externă).

La nivelul său cel mai bazic, integrarea temporală constă în „conectarea diferitelor momente de timp prin acumularea, punerea în comun și însumarea acestora”²⁴. La diferite niveluri (fenomenologice, psihologice și neuronale) am putea emite ipoteza potrivit căreia ceva similar unei „monede comune” este

¹⁹ G. Northoff, P. Magioncalda, M. Martino, H. C. Lee, Y. C. Tseng, & T. Lane, „Too fast or too slow? Time and neuronal variability in bipolar disorder—A combined theoretical and empirical investigation”, *Schizophrenia Bulletin*, 44 (1), 2017, pp. 54–64.

²⁰ G. Northoff, „Personal identity and cortical midline structure (CMS): Do temporal features of CMS neural activity transform into selfcontinuity?”, *op.cit.*

²¹ Kolvoort, I., Wainio-Theberge, S., Wolff, A., Northoff, G., „Temporal integration as „common currency” of brain and self-scale-free activity in resting-state EEG correlates with temporal delay effects on self-relatedness”, *Hum Brain Mapp*, 41, 2020, pp. 4355–4374.

²² *Ibidem*, p. 4370. Vezi și Himberger et al., *op.cit.*, p. 163.

²³ *Ibidem*, pp. 4370–4371.

²⁴ Northoff et al., *op.cit.*, p. 170. Vezi și L. Mudrik, N. Faivre, C. Koch, „Information integration without awareness”, *Trends Cogn Sci.*, 18(9), 2014, pp. 488–496.

prezent acolo²⁵. În termeni fenomenologici, acest construct transversal ar putea fi identificat ca „flux al conștiinței” sau „conștiință interioară a timpului”. Punctul de referință este reprezentat, aici, de James²⁶, dar asemănarea cu fenomenologia lui Husserl este evidentă. În plus, distincția dintre nivelurile psihologice și fenomenologice este pur operațională. Ceea ce importă în acest context este deschiderea, pentru un subiect potențial activ, a unei porți de acces către cel mai intim mecanism al integrării temporale. Faptul că diferite momente de timp pot fi reunite, însumate și, eventual, integrate este dovada unei inserții active a subiectului, chiar dacă se întâmplă la nivel pre-reflexiv. Dinamica spațio-temporală a activității spontane este structurată temporal, lucru care se manifestă în „scala de timp neuronală intrinsecă”²⁷. După cum explică Northoff, „scala de timp neuronală intrinsecă oferă ferestre temporale în care se pot integra și procesa împreună diferiți stimuli”²⁸, fapt care oferă o bază pentru integrare temporală la nivel psihologic.

Trecând transversal de la nivelurile neuronale la nivelurile psihologice și fenomenologice ale sinelui, abordarea integrării temporale oferă un cadru pentru includerea modificărilor descrierii generale și pentru explicarea modulării simptomelor negative de către sine (bazal). Nu doar faptul că simptomele pot găsi o bază temporală, dar chiar însăși posibilitatea de modulare și, în definitiv, reconfigurarea configurațiilor „anormale”, se întemeiază atât pe cale științifică, cât și pe cale fenomenologică.

2. Orientare intersubiectivă

Agentivitatea pacienților în boală, în special în cea cronică, nu depinde structural doar de capacitatea lor personală de integrare temporală, ci și de formarea unei înțelegeri strâns împărtășită cu ceilalți a gândurilor și emoțiilor. Pentru ei, această sarcină poate deveni și, de obicei, devine, foarte dificilă. Putem estima că la acești pacienți este compromisă dimensiunea intersubiectivității și, mai larg, funcția socială. Încadrată ca „deficit metacognitiv”, această (dis)funcție „lasă persoanele fără simțul intrinsec al scopurilor celorlalți, al poziționărilor relative în lume, al posibilităților și complexităților personale”²⁹. Încă o dată, capacitatea de

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ William James, *The Principles of Psychology*, Henry Holt & Company, New York, 1890.

²⁷ L. L. Gollo, J. A. Roberts, L. Cocchi, „Mapping how local perturbations influence systems-level brain dynamics”, *Neuroimage* 160, 2017, pp. 97–112.

²⁸ Georg Northoff, Karl Erik Sandsten, Julie Nordgaard, Troels Wesenberg Kjaer and Josef Parnas, „The Self and Its Prolonged Intrinsic Neural Timescale in Schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 47, no. 1, 2021, pp. 170–179.

²⁹ Lars Siersbæk Nilsson, Annick Urfer Parnas, Julie Nordgaard, „Social Life in the Schizophrenia Spectrum: A Phenomenological Study of Five Patients”, *Psychopathology*, 52, 2019, pp. 232–239.

(co-)acțiune a pacienților este sever împiedicată, cu atât mai mult cu cât se adaugă unei disfuncții la nivel personal.

Din moment ce cronicitatea în boala somatică sau psihică este dată de recidivarea frecventă și de înrăutățirea stării de boală, aspectul reinternării este de maximă importanță pentru înțelegerea semnificației bolii cronice. Concomitent, problema abandonării tratamentului este interpretată de obicei ca o indicație a lipsei de agentivitate la pacienți. Această problemă este una mai complexă și arată gradul implicării întregii vieți sociale în definirea și abordarea bolii și suferinței. Cercetările arată că în anumite cazuri abandonarea tratamentului poate constitui premisa reconstrucției experienței. Dacă se depășește o evaluare obiectivă a simptomelor și comportamentelor, iar acestea sunt situate într-un context mai larg, se poate ajunge la conștientizarea *potențialei polisemii a simptomelor*, inclusiv a celor negative, iar cercetătorii pot ajunge, astfel, să țină cont de conceptul de „abandonare pozitivă”³⁰. O asemenea reconfigurare a simptomelor și comportamentelor poate duce la extinderea posibilităților în favoarea reabilitării psihosociale și la reorientarea acesteia către o perspectivă mai puțin *normativă* și, totodată, la favorizarea unei abordări care accentuează rolul implicării directe a pacientului în reabilitare.

Dimensiunea intersubiectivă a bolii nu constă exclusiv în înțelegerea celorlalți; se poate vorbi și de o *temporalitate intersubiectivă*. În cadrele acesteia, timpul nu se dezvoltă ca un fenomen în trei faze, ci ca „o ordine relațională a proceselor care interacționează sau rezzonează unele cu altele”³¹. Trăim cu toții în același timp intersubiectiv sau, așa cum a spus Minkowski, în „sincronicitate trăită”³². Sincronizarea nu descrie, însă, doar continuitatea vieții noastre interpersonale. Ea este, de asemenea, un semn al schimbărilor și evoluțiilor care apar în diferite faze ale vieții pacientului. Dacă de obicei este spontană, în cazuri specifice ea presupune un efort de coordonare din partea tuturor actorilor implicați în interacțiune. După cum în mod convingător arată Fuchs, „intersubiectivul «acum» se constituie prin prezența celuilalt, în special prin referința simultană la lume, ca atunci când arătăm sau privim la «ceva», sau ca în cazul atenției împărtășită sau a acțiunii comune. Desigur, el poate fi făcut explicit prin utilizarea unor indexicali, precum «aici», «acesta», «acum» etc. Prezența (*Gegenwart*) în sensul (său) deplin înseamnă prezența altei persoane sau a unei «contrapărți» (*Gegenüber*)”³³.

³⁰ Corin E., Lauzon G., „Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics”, *Psychiatry*, 55 (3), 1992, pp. 266-78.

³¹ Thomas Fuchs, „Temporality and psychopathology”, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, Volume 12, 2013, pp. 75-104.

³² E. Minkowski, *Lived time: phenomenological and psychopathological studies*, Northwestern University Press, Evanston, 1970, p. 72.

³³ Thomas Fuchs, „Temporality and psychopathology”, *op.cit.*

Referința lui Thomas Fuchs la Levinas este de importanță critică pentru a înțelege cât de puternic se împletesc temporalitatea și intersubiectivitatea: „Situația de a fi față-în-față ar reprezenta împlinirea efectivă a timpului. *Trecerea prezentului în viitor* nu este actul unui subiect solitar, ci relația intersubiectivă.”³⁴ Mai mult, acest fel de temporalitate oferă baza oricărei agentivități, ceea ce impune, în primul rând, apariția viitorului ca stare de fapt potențială și presupusă, fie chiar și numai în mod implicit.

Temporalitatea intersubiectivă este construită pe un aranjament relațional al proceselor individuale și sociale. Modalitățile în care timpul este experimentat depinde de modurile în care partea își structurează relația cu ceilalți. În consecință, el sau ea se pot găsi într-o situație de simultaneitate sau într-una de pierdere a simultaneității. Timpul despre care vorbim aici nu este timpul „obiectiv”, ci desemnează, mai degrabă, „schimbări în temporalizarea existenței noastre rezultate din relația cu ritmurile și procesele în care viața noastră este încorporată de la bun început. Timpul care ne confruntă din afară într-o aparentă independență este, de fapt, trăit doar relațional, și anume, în primul rând, în relația cu ceilalți – adică în desincronizări ale timpului intersubiectiv.”³⁵

3. Co-reglare flexibilă

Dimensiunea intersubiectivă a temporalității oferă cheia prin care semne și comportamente pot fi înțelese. Mai mult, indică o regiune mai profundă a existenței: „dinamica relațională a interacțiunilor întrupate, și co-reglarea lor flexibilă.”³⁶

Întrucât efortul individual este întotdeauna incomplet, este necesară o formă de proces colectiv. Astfel, reglarea devine colectivă, cu alte cuvinte: *co-reglare*. Aceasta este o dimensiune specifică a agentivității, în special în managementul bolilor cronice.

„Împărtășirea de experiențe, activități sau semnificații nu se referă doar la conținut, ci implică un proces inter-enactiv a cărui dinamică are o calitate adecvată care are sens de la sine.”³⁷

Cu conceptul de interacțiune, întruparea timpului intersubiectiv își dezvăluie capacitatea de a explica comportamentul pacientului cronic. După cum

³⁴ Levinas, E., *Die Zeit und der Andere*, Meiner, Hamburg, 1995, p. 51. Sublinierea noastră.

³⁵ Thomas Fuchs, „Temporality and psychopathology”, *op.cit.*

³⁶ Julien Laroche, Anna Maria Berardi and Eric Brangier, „Embodiment of intersubjective time: relational dynamics as attractors in the temporal coordination of interpersonal behaviors and experiences”, *Front. Psychol.*, 31, October 2014, p. 1.

³⁷ *Ibidem*, p. 7.

subliniază autorii menționați mai sus, „experiența dimensiunii intersubiective a timpului interpersonal se realizează datorită co-reglării procesului de interacțiune. Prin urmare, necesită angajamentul personal, dar flexibil, al indivizilor.”³⁸

Din această perspectivă de interpretare, variațiile în dinamica aparte a coordonării interpersonale pot fi privite ca fiind „funcționale”³⁹, ceea ce oferă elementele de bază nu doar pentru a explica comportamentul unor pacienți, ci și pentru a-l accepta. Într-un cadru mai general, „aceste dinamici, și co-reglarea lor, coordonează persoanele care interacționează într-un mod multiscalar și multiplicativ, iar aceasta formează un fundal dinamic comun în care comportamentele și experiențele sunt întrepătrunse.”⁴⁰

Metafora „rețelei” este cu siguranță mai capabilă să surprindă complexitatea relațiilor, precum și dinamica și caracterul deschis al acestora, atunci când se pune problema de a explica ce înseamnă a fi pacient cronic și a face față unei boli cronice. Trebuie să depășim nu doar o paradigmă naturalistă, ci și una individualistă, „romantică”. O boală cronică nu va fi „învingătoare” de războinicul singuratic. Este mai degrabă o chestiune de integrare a multiplelor perspective, de creștere a capacității pacientului de a-și modula propria experiență și de a se alătura celorlalți în mod activ.

Concomitent, trebuie să operăm trecerea de la structurile „cognitive” la cele „interactive”, care ar trebui să fie mai adaptate pentru a înțelege dimensiunea conativă a problematicei, precum și dimensiunile spontaneității, direcției și tensiunii ce caracterizează agentul pus în situația de a face față uneia sau mai multor boli cronice.⁴¹

Concluzie

Introducerea dimensiunii pathic-experiențiale a bolii, cu deosebire a celei cronice, dublată de luarea în discuție a conceptului de cronicitate, au permis elaborarea unor argumente în favoarea ideii că, în boala cronică, structura agentivității pacientului este configurată de structura temporalității. Pornind de aici, agentivitatea a fost reconstruită pe trei niveluri: al integrării neuronale, al intersubiectivității și al interacțiunii. Acestea ne oferă un punct de plecare pentru

³⁸ *Ibidem*, p. 9.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Fuchs a observat și a subliniat „importanța impulsului conativ pentru experiența temporalității și a sinelui”, care „este demonstrat clar atunci când apar schimbări în stările motivaționale de bază – de exemplu, prin accelerarea care are loc în stările maniacale sau retardarea care apare în depresie; ambele afectează simțul timpului trăit al pacienților.” (Thomas Fuchs, „Temporality and psychopathology”, *op.cit.*).

a descrie și înțelege comportamentul pacientului cu boala cronică, dar și pentru posibile intervenții în vederea augmentării agentivității pacienților și al unei mai bune orientări și coordonări a actului medical.

Bibliografie

1. Carr, David, *Time, Narrativity and History*, Indiana University Press, Bloomington, 1986.
2. Copoeru, I., „Is Addiction a Disorder of Temporality?”, *Alcohol Drug Depend*, 6:1, 2018. DOI: 10.4172/2329-6488.1000304
3. Corin E., Lauzon G., „Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics”, *Psychiatry*, 55(3), 1992, pp. 266-78. DOI:10.1080/00332747.1992.11024600
4. Delmar, C., „The phenomenology of life phenomena—in a nursing context”, *Nursing Philosophy*, 7, 2006, pp. 235–246.
5. Depraz, N., *Le sujet de la surprise. Un sujet cardinal*, Zeta-books, 2018.
6. Depraz, N., „Microphenomenology of Chronicity in Psychosomatic Diseases (Diabetes, Anorexia, and Schizophrenia)”, In: Christian Tewes and Giovanni Stanghellini, *Time and Body Phenomenological and Psychopathological Approaches*, Cambridge University Press, 2020, pp. 82 – 97. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781108776660>
7. Diț, L., Băban, A., Dumitrașcu D. L., „The Impact of the Disease Severity on the Type 2 Diabetes Mellitus Patients Satisfaction with Quality of Care”, *Medicine and Pharmacy Reports*, Vol. 85, No. 4, 2012, pp. 573-577.
8. Fuchs, T., „Temporality and psychopathology”, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, Volume 12, 2013, pp. 75–104. DOI 10.1007/s11097-010-9189-4
9. Gallagher, S., „The Past, Present and Future of Time-Consciousness: From Husserl to Varela and Beyond”, *Constructivist Foundations* 13(1), 2017, pp. 91–97. <http://constructivist.info/13/1/091>
10. Gollo, L. L., Roberts, J. A., Cocchi, L., „Mapping how local perturbations influence systems-level brain dynamics”, *Neuroimage* 160, 2017, pp. 97–112.
11. Himberger, K. D., Chien, H. Y., & Honey, C. J., Principles of temporal processing across the cortical hierarchy, *Neuroscience*, 389, 2018, 161–174.
12. <https://medpharmareports.com/index.php/mpr/issue/view/6>
13. <https://www.verywellhealth.com/chronic-definition-3157059>
14. Husserl E., *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book: Studies in the phenomenology of constitution*. Traducere de R. Rojcewicz și A. Schuwer. Kluwer, Dordrecht, 1989. Textul original german a fost publicat în 1952.
15. James W., *The Principles of Psychology*, Henry Holt & Company, New York, 1890.
16. Kolvoort, I., Wainio-Theberge, S., Wolff, A., Northoff, G., „Temporal integration as „common currency” of brain and self-scale-free activity in resting-state EEG correlates with temporal delay effects on self-relatedness”, *Hum Brain Mapp*, 41, 2020, pp. 4355–4374.

17. Laroche J., Berardi A. M. and Brangier E., „Embodiment of intersubjective time: relational dynamics as attractors in the temporal coordination of interpersonal behaviors and experiences”, *Front. Psychol.*, 31, October 2014. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01180>
18. Levinas, E., *Die Zeit und der Andere*, Meiner, Hamburg, 1995.
19. Minkowski, E., *Lived time: phenomenological and psychopathological studies*, Northwestern University Press, Evanston, 1970.
20. Morris, D., „Diabetes, Chronic Illness and the Bodily Roots of Ecstatic Temporality”, *Hum Stud*, 31, 2008, pp. 399–421. DOI 10.1007/s10746-008-9104-y
21. Morris, D., „Lived Time and Absolute Knowing: Habit and Addiction from Infinite Jest to the Phenomenology of Spirit”, *Clio: A Journal of Literature, History and the Philosophy of History*, 30, 2001, pp. 375–415. <http://www.ipfw.edu/engl/clio/>
22. Moskalewicz, M., „Three modes of distorted temporal experience in addiction: daily life, drug ecstasy and recovery – a phenomenological perspective”, *Archive of the History of Philosophy and Social Thought* 61, Special Issue Phenomenology and Social Sciences, 2016, pp. 197–212.
23. Mudrik L., Faivre N., Koch C., „Information integration without awareness”, *Trends Cogn Sci.*, 18 (9), 2014, pp. 488–496.
24. Nilsson L. S., Urfer Parnas A., Nordgaard J., „Social Life in the Schizophrenia Spectrum: A Phenomenological Study of Five Patients”, *Psychopathology*, 52, 2019, pp. 232–239. DOI: 10.1159/000501833
25. Northoff G., Sandsten K. E., Nordgaard J., Wesenberg Kjaer T. and Parnas J., „The Self and Its Prolonged Intrinsic Neural Timescale in Schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 47, no. 1, 2021, pp. 170–179. DOI:10.1093/schbul/sbaa083
26. Northoff, G., „Personal identity and cortical midline structure (CMS): Do temporal features of CMS neural activity transform into selfcontinuity”? *Psychological Inquiry*, 28 (2), 2017, pp. 122–131.
27. Northoff, G., Magioncalda, P., Martino, M., Lee, H. C., Tseng, Y. C., & Lane, T., „Too fast or too slow? Time and neuronal variability in bipolar disorder—A combined theoretical and empirical investigation”, *Schizophrenia Bulletin*, 44 (1), 2017, pp. 54–64.
28. Svenaeus, F., „Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine”, *Med Health Care and Philos*, 14, 2011, pp. 333–343. DOI 10.1007/s11019-010-9301-0
29. Thoma, S., Schwänzl, I., Galbusera, L., „Reopening Selves: Phenomenological Considerations on Psychiatric Spaces and the Therapeutic Stance”, *Psychopathology*, 2021. DOI: 10.1159/000517888
30. Toombs, Kay S., „The metamorphosis: The nature of chronic illness and its challenge to medicine”, *Journal of Medical Humanities*, 14, 1992, pp. 223–230.
31. Whitlock, J., „The Difference Between Acute and Chronic Illnesses”, 2020.

Boala, suferința și curmarea lor.

Problema morală a eutanasiei și a suicidului asistat medical

HORAȚIU TRAIAN CRIȘAN
CODRUȚA LIANA CUCEU

Cu toate că eutanasia are sensul general de moarte fără suferință, în cele ce urmează ne vom referi la accepțiunile sale medicale. Ne vom concentra, așadar, atenția, pe de-o parte, asupra a ceea ce presupune actul de curmare intenționată a vieții unui pacient și, pe de altă parte, asupra opririi cursului ei prin omisiunea unor intervenții medicale, chiar în condițiile în care viața respectivului pacient ar fi putut continua, fie în mod natural, fie susținută artificial prin biotehnologiile medicale. Este important să clarificăm faptul că suicidul asistat medical diferă de eutanasia prin aceea că medicul nu face altceva decât să pună la dispoziția pacientului sau să îi prescrie mijloacele medicale prin care acesta își poate pune singur capăt vieții.

Atât eutanasia, cât și suicidul asistat medical sunt două probleme ce rămân, încă, extrem de dezbătute atât în etica medicală, cât și în bioetică, fiind, probabil, dintre cele mai cunoscute și provocatoare chestiuni bio-etice, alături de cele legate de avort. Unul dintre motivele caracterului critic al acestor intervenții medicale rezidă în faptul că reflecția asupra acestora face apel la convingerile noastre profunde asupra valorii vieții umane. În plus, cele două teme sunt actuale și din perspectivă practică și nu doar teoretică și filosofică, iar justificarea necesității menținerii relevanței practice a unor dezbateri continue pe marginea acestora și la nivelul politicilor publice medicale rezidă în faptul că există deja țări în care aceste intervenții realizate într-un context medical sunt legalizate, iar argumentele care au susținut legalizarea lor, atât din punct de vedere legal, cât și moral, au fost considerate, cel puțin în aceste spații socio-politice, suficiente. Pe de altă parte, există o majoritate de țări în care eutanasia și suicidul asistat medical nu sunt legalizate. În astfel de țări, printre care se numără și România, cel puțin din punct de vedere pragmatic, este justificată doar chestionarea eutanasiei pasive în practica medicală.

În domeniul medicinei, eutanasia este înțeleasă ca o intervenție *medicală*, având fie statutul moral al unei acțiuni, fie acela al unei omisiuni. Atunci când

termenul este utilizat fără această diferențiere esențială între acțiune și omisiune, între intervenție și pasivitate față de procesul natural al vieții unui pacient, sensul său subînțeles este cel de *eutanasiu activă voluntară*, context în care medicul este cel care scurtează, în mod *intenționat*, viața unui pacient care beneficiază, încă, de competență decizională, dar care se află într-o stare de suferință insuportabilă fără șanse de soluționare, și care, de aceea, solicită medicului, în mod serios și repetat, ajutor în curmarea propriei vieți. Acest tip de eutanasiu activă voluntară este legalizată doar în trei țări europene, respectiv în Olanda, Belgia și Luxemburg. Cu toate acestea, nuanțarea eutanasiei în două paliere, respectiv cel de acțiune și inacțiune conferă omisiunii intervenției medicale, în contextul unor boli ce provoacă suferințe insuportabile, un statut moral superior în raport cu eutanasiu activă voluntară, ceea ce determină, la nivelul practicii medicale, o mult mai largă acceptabilitate. Tocmai de aceea, non-intervenția în astfel de cazuri are justificări morale ce permit legalizarea eutanasiei pasive în mult mai multe țări decât cele trei țări europene mai sus menționate.

Eutanasiu activă și pasivă

Chiar dacă Asociația Medicală Mondială, într-o *Declarație asupra eutanasiei și suicidului asistat medical*¹ promulgată și publicată în anul 2019, se opune hotărât atât eutanasiei active voluntare, cât și suicidului asistat medical, în aceeași *Declarație*, Asociația Medicală Mondială menționează și permisibilitatea morală a neinițierii sau necontinuării intervențiilor medicale la cererea pacientului competent decizional, chiar dacă aceste tipuri de neintervenție/omisiune din partea medicilor conduce la decesul pacientului.

Statutul moral al acțiunii și al omisiunii a fost și rămâne, încă, o problemă fundamentală a eticii moderne, ce se reflectă și în domeniul juridic într-o serie de spețe cu care s-au confruntat instanțele de judecată în țările occidentale în urma apariției și utilizării unor biotehnologii medicale ce fac posibilă menținerea în viață a pacienților ale căror probleme medicale, în trecut, nu ar fi putut fi abordate nici măcar în cadrul domeniului medical, și care, din această cauză, nu ar fi avut nicio șansă de supraviețuire. Din perspectiva eticii medicale se consideră acceptabil ca un pacient să poată refuza, având un drept moral și legal în acest sens, intervenții medicale care i-ar crește masiv șansele de supraviețuire, de exemplu prin manevrele de resuscitare sau prin intervenții ce țin de terapia intensivă, chiar dacă acest pacient nu se află într-o situație de boală terminală. Însă, din punct de vedere teoretic, asumarea acestui tip de argument la nivel de politică publică și de practică

¹ World Medical Association Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Adopted by the 70 WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

medicală instituționalizată implică și necesitatea acceptării unui tip pasiv de eutanasiu, respectiv cel ce ține de omisiunea sau întreruperea unor intervenții ale medicilor sau a unor tratamente medicale oferite de aceștia sau chiar de o echipă medicală, solicitată fie de pacientul competent decizional, fie de către reprezentanții legali ai acestuia, chiar și în cazul în care supraviețuirea pacientului este dependentă de inițierea sau de continuarea acestor intervenții sau tratamente medicale. Demn de semnalat este faptul că însăși legea drepturilor pacientului din România menționează acceptabilitatea eutanasiei pasive bazată pe decizia pacientului competent².

Două tipuri de omisiune în practica medicală

În abordarea problemelor etice legate de eutanasiu pasivă devine necesară o diferențiere între neinițierea unui tratament (*withholding*) și necontinuarea sau oprirea unui tratament deja început (*withdrawing*). Chiar dacă, la nivel pur teoretic, aceste două forme de omisiune din partea cadrelor medicale pot fi considerate echivalente, poziție care, fiind adeseori vehiculată, a căpătat, ca atare, denumirea de *teză a echivalenței*³, la nivel practic, însă, pentru a respecta toate normele eticii medicale, încetarea unor intervenții deja începute sau deconectarea de la suportul vital a pacienților ca formă de eutanasiu pasivă este considerată mai problematică din punct de vedere moral de către medici în practica lor clinică, decât neinițierea aceluiași intervenții. Dezbaterile din etica medicală contemporană reflectă cu prisosință această perspectivă ce reiese din practica medicală. Cu alte cuvinte, de pildă, în cazul unui pacient cu un prognostic medical foarte nefavorabil, pentru care intervențiile par a fi fute, se presupune că neinițierea unor tratamente este mult mai puțin gravă decât oprirea tratamentelor, spre exemplu, în cazul altui pacient care, aflându-se într-o situație similară și având un prognostic la fel de nefavorabil, dar căruia, de la momentul consultării îi fuseseră administrate tratamente, întrucât, în acea fază, acesta se bucura de o stare mai bună decât cel dintâi.

Bazat pe acest tip de judecată morală foarte prezentă în domeniul medical, practicienii sunt, de regulă, foarte reticenți în a opri intervenții sau tratamente deja inițiate, mai ales în domeniul terapiei intensive, unde, oprirea unor tratamente inițiate supune pacienții la riscuri foarte mari pentru propria lor viață. Odată ce pacienții sunt internați pe secția de terapie intensivă și sunt conectați la aparatele

² Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului, capitolul III, articolul 13. Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29 ianuarie 2003.

³ Lars Øystein Ursin, „Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethically Equivalent?”, *The American Journal of Bioethics*, 19:3, 2019, pp. 10-20.

ce îi mențin în viață, pentru cadrele medicale este extrem de dificil să accepte ideea deconectării acestora, chiar dacă situația pacienților se degradează și aceștia ajung într-o situație în care însăși internarea lor în secția de Terapie Intensivă ar fi fost chestionabilă. În practica medicală, ceea ce importă din punct de vedere moral, nu este doar această distincție teoretică între acțiune și omisiune, ci aceste două tipuri de omisiune capătă o și mai mare relevanță, iar convingerile morale ale medicilor par să se îndepărteze de la teza echivalenței, care, din perspectivă pur teoretică, este perfect validă.

În privința diferenței de statut moral dintre acțiune și omisiune, este necesară o nuanțare: această diferențiere nu este acceptată automat de toate teoriile morale, ci doar de către cele deontologice, non-consecințialiste. Tocmai de aceea, doar pentru acest tip de teorii morale va fi relevantă diferențierea între eutanasia activă și cea pasivă. Altfel, din perspectiva teoriilor consecințialiste, precum cea a utilitarismului, consecințele și rezultatele acțiunilor sunt considerațiile morale ultime și, deci, nu este relevant dacă moartea pacientului este cauzată de intervenția voluntară a medicului sau de omisiunea sa, respectiv de decizia de a nu iniția un tratament sau de a nu-l continua.

James Rachels se numără printre eticienii care susțin irelevanța acestei diferențe dintre acțiune și omisiune în domeniul medical. Unul dintre cazurile invocate de Rachels în celebrul său articol *Eutanasia activă și pasivă*, pentru a-și susține poziția, descrie situația unui pacient ce suferă de cancer în stadiu terminal⁴. Chiar dacă medicul ar decide întreruperea tratamentului oferit acestuia, pacientul ar suferi, în continuare, și în ultimele sale zile de viață, din cauza bolii sale, și, susține Rachels, tocmai acesta este motivul pentru care eutanasia activă este preferabilă celei pasive. Un alt caz relevant pentru acest tip de argument este cel al unor nou-născuți ce sufereau simultan de sindrom Down și de atrezie esofagiană, pentru care părinții, în calitate de reprezentanți legali, au refuzat intervenția chirurgicală⁵.

Acestea sunt cazurile invocate în etica medicală de la sfârșitul anilor 1970, cazuri care au devenit clasice întrucât au constituit primele fanioane ale problematicei diferenței dintre eutanasia activă și cea pasivă, stabilind, totodată, mijloacele ce pot fi folosite pentru a se atinge un anumit scop prestabilit, în acel caz, acesta fiind, de fapt, moartea acelor nou-născuți. În acele cazuri, s-a dezbătut intens diferența dintre aceste două forme de eutanasiu, dat fiind că refuzul intervențiilor chirurgicale de către părinții acelor copii a condus la ceea ce s-a numit *tratamentul lor selectiv*. Prin acest termen, practica medicală de la acea

⁴ James Rachels, „Active and passive euthanasia”, *New England Journal of Medicine* 292, 1975, pp. 79–80.

⁵ John Harris, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge, London, 1985, pp. 33–47.

vreme desemna absența oricărui tratament medical, și, pe cale de consecință, incapacitatea de a-i hrăni sau hidrata pe acei copii care, suferind din cauza atreziei esofagiene, necesitau intervenții chirurgicale în acest scop. În cazul acestor copii, *tratamentul selectiv* avea ca unic scop, potrivit criticii unor eticieni⁶, moartea acestora. Acești eticieni suspectau că părinții acelor copii au folosit drept pretext atrezia esofagiană, respectiv blocajul sistemului lor digestiv, pentru a renunța la un nou-născut ce suferea de boala genetică, respectiv de sindrom Down.

Astăzi, o astfel de decizie nu ar mai fi posibilă, iar cazuri similare nu mai pot apărea, deoarece, odată cu dezvoltarea eticii medicale și a reglementărilor legale corespondente, interesul superior al nou-născuților a devenit o considerație mai puternică din punct de vedere moral și legal decât refuzul părinților privitor la anumite intervenții medicale ce au sau cel puțin ar putea avea, un mare beneficiu pentru pacienți. În mod cert, în cazul mai sus menționat, tratamentul selectiv aplicat a reprezentat, în fapt, o formă de *eutanasi pasivă*, prin omisiunea intervenției chirurgicale, iar atrezia esofagiană a fost doar pretextul ce justifică curmarea vieții, prin omisiune, a nou-născuților respectivi.

Alți autori, analizând aceleași cazuri, au folosit sintagma de *ficțiune morală*. Prin termenul de ficțiune morală, acești teoreticieni desemnează un set de afirmații, care, din punct de vedere moral, sunt extrem de controversate, însă din perspectiva practicii medicale sunt relevante și exprimă o diferență radicală de statut între acțiune și omisiune în cadrul practicii medicale. Acești teoreticieni susțin că, în fond, această diferență de statut între acțiune și omisiune este iluzorie⁷, întrucât se bazează pe niște convingeri morale false, dar care sunt, însă, necesare pentru funcționarea practicii medicale și a sistemului juridic în domeniul medical.

Acest tip de cazuri, ce presupun decizii medicale ce privesc o alegere între a curma viața unui pacient și a omite orice intervenție în scopul de a permite evoluției naturale a bolii să se manifeste până la survenirea morții, revelează, în cele din urmă, caracterul problematic al eutanasiei pasive. Aceasta, chiar dacă, *prima facie*, apare ca etic acceptabilă, se dovedește a avea drept fundament o distincție morală între acțiune și omisiune cu un mare potențial de contestare, atât din perspectiva intenției, cât și a cauzalității sau a responsabilității⁸.

Diferențierea între intenția/lipsa de intenție și acțiunea/omisiunea medicului nu reprezintă, însă, singura modalitate de a stabili limitele eutanasiei. Din perspectiva exercitării autonomiei pacientului, eutanasia poate fi caracterizată ca

⁶ *Ibidem*, p. 33.

⁷ F.G. Miller, R.D. Truog and D.W. Brock, „Moral Fictions and Medical Ethics”, *Bioethics*, 24: 2010, pp. 453-460.

⁸ *Ibidem*, pp. 4-6.

*voluntară, non-voluntară și involuntară*⁹. Forma de eutanasiе activă legalizată în Belgia, Olanda și Luxemburg este bineînțeles, așa cum am explicat și mai sus, de tip voluntar. Din perspectiva necesității respectării autonomiei pacientului, care este considerat, astăzi, principiul fundamental în etica medicală, doar forma voluntară a eutanasiеi poate fi considerată drept morală, deoarece decizia de a solicita eutanasiа se întemeiază în autonomia decizională a pacientului suferind, care poate, astfel alege să-și curme suferința, dacă anumite condiții sunt îndeplinite. Eutanasiа non-voluntară are loc atunci când nu există un consimțământ, nici din partea pacientului, nici din partea reprezentanților săi legali, în situațiile în care acesta nu mai poate acorda consimțământul cu privire la această intervenție. Forma involuntară a eutanasiеi este asociată situațiilor ce țin de pedeapsa capitală, iar aceasta este, de regulă, realizată împotriva voinței persoanei în cauză.

Forme ale legalizării eutanasiеi

Legea olandeză asupra „terminării la cerere a vieții” și asupra suicidului asistat (medical), ce datează din 2002, precum și *Codul eutanasiеi*¹⁰, se referă atât la pacienții adulți competenți decizional a căror suferință este insuportabilă și fără nicio șansă de îmbunătățire, cât și minorii din mai multe categorii de vârstă, ce pot, cu anumite condiții suplimentare, să solicite eutanasiа. Minorii cu vârsta între 12 și 16 ani au nevoie și de consimțământul părinților sau tutorilor. Pentru minorii cu vârsta de 16 și 17 ani este necesară doar consultarea părinților și a tutorilor, însă consimțământul lor nu este obligatoriu pentru ca intervenția să poată fi efectuată. În Belgia, de asemenea, eutanasiа este permisă din punct de vedere legal, atât pentru persoanele adulte competente decizional care suferă profund din motive somatice sau chiar psihice, cât și pentru minorii bolnavi terminal, cu respectarea unor condiții suplimentare cum ar fi consimțământul părinților, lipsa oricăror tratamente pentru condiția lor medicală și o evaluare realizată de un psihiatru sau un psiholog.

Toate aceste definiții și (de)limitări ale eutanasiеi, precum și problemele etice suscitade de acestea sunt relevante pentru tematizarea, din perspectivă filosofică, a bolii și a suferinței. Ambele sunt experiențe eminamente subiective care pot fi analizate din perspectiva subiectivității indivizilor umani, și nu doar din unghiul problemelor strict somatice sau psihice care le generează. Suferința pacienților ce ajung să analizeze posibilitatea de a apela la eutanasiа sau suicid asistat medical este, aproape întotdeauna, percepută ca insuportabilă. Curmarea acestei suferințe

⁹ John Harris, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, op.cit., p. 82.

¹⁰ Regional Euthanasia Review Committees, *Euthanasia Code 2018*.

poate realizată fie printr-o intervenție medicală, fie prin refuzul de a continua intervențiile medicale în scopul tratamentului. Însă, gravitatea acestei circumstanțe și decizia legată de eutanasiere necesită, întotdeauna, o evaluare și o certificare din partea unor cadre medicale, care trebuie să aibă atât convingerea că suferința pacientului este, într-adevăr, insuportabilă și fără nicio șansă de îmbunătățire, cât și certitudinea că solicitarea din partea pacientului este voluntară și bine întemeiată. Medicul trebuie, totodată, să informeze pacientul asupra situației sale și asupra prognosticului, iar acesta din urmă trebuie să aibă convingerea că nu există altă soluție rezonabilă pentru situația în care se află. Mai mult decât atât, normele etice impun ca necesară și opinia profesională a unui alt medic, care nu a fost implicat în tratarea acestui caz și care trebuie să consulte pacientul și să elaboreze, în scris, opinia sa asupra respectării cerințelor standardului de îngrijire (*due care*).

Mai mult, spre exemplu, în Olanda, suferința pacientului trebuie să fie evaluată, conform legii olandeze, de către medic, iar persoanele care pot solicita eutanasia trebuie să fie competente decizional și să aibă deja vârsta adultă, iar în cazul minorilor se aplică aceleași condiționări menționate mai sus. Modulurile în care este înțeleasă suferința și condițiile necesare pentru realizarea acestor evaluări sunt precizate în *Codul Eutanasiei*¹¹ elaborat de Comisiile de verificare regională a cazurilor de eutanasiere. Ceea ce e demn de remarcat și, totodată, foarte relevant pentru perspectiva filosofică asupra suferinței este că, în acest *Cod al Eutanasiei*, suferința nu este înțeleasă doar dintr-o perspectivă medicală, cum ar putea părea justificat în cazul durerii, al insuficienței respiratorii, al oboselii extreme, ci și dintr-o altă perspectivă ce se referă la dependența de ceilalți, la sentimentele de umilință sau la pierderea demnității¹². În Olanda există și tematizare juridică a suferinței experimentate subiectiv, respectiv cazul Schoonheim din 1984, în care, suferința a fost definită ca o frică de degradarea progresivă a calității vieții sau de imposibilitatea de a muri cu demnitate. Medicul are obligația de a cerceta toate aspectele suferinței pacientului pentru a stabili gradul insuportabilității acesteia. Aceasta implică faptul că pacientul trebuie să fie conștient de suferința sa, iar pentru persoanele care au conștiința afectată/redușă sau sunt în comă eutanasia nu este permisă, chiar și în cazurile în care familia ar cere acest lucru invocând aceleași considerente pe care le-ar putea utiliza și pacientul, în cazul în care ar fi conștient.

O componentă a evaluării suferinței de către medic constă în analizarea a ceea ce îi este comunicat în mod verbal sau chiar non-verbal de către pacient. O altă componentă ce nu poate fi eludată este dimensiunea medicală a suferinței pacientului. Cu alte cuvinte, pentru a putea solicita eutanasia, pacientul trebuie să se afle într-o stare care să aibă caracteristicile unei condiții medicale similare cu

¹¹ *Euthanasia Code 2018*.

¹² *Ibidem*, p. 21.

cele ale unei boli. Cu toate acestea, originea somatică a suferinței nu este impusă ca singura acceptabilă. În absența acestei componente medicale, expertiza medicului nu poate fi pusă în practică și, deci, nu se poate stabili îndeplinirea acestui criteriu pentru eutanasia, iar medicul nu își poate asuma responsabilitatea efectuării acestei intervenții. Șansele de ameliorare ale suferinței pacientului sunt și ele evaluate prin disponibilitatea unor intervenții paliative sau curative care să transforme suferința din una insuportabilă, în una suportabilă. În plus, pacientul trebuie să evalueze și să poată accepta caracterul rezonabil al acestor intervenții, însă, percepția pacientului asupra caracterului insuportabil al propriei suferințe și evaluarea speranțelor de ameliorare sunt cele care au dat măsura deciziei legate de eutanasia. Și chiar dacă experiența suferinței este profund subiectivă, medicul este obligat să ia în considerare acea percepție subiectivă a pacientului asupra situației sale, istoricul său medical și existențial, caracteristicile fizice și psihologice, dar nu în ultimul rând, și valorile sale.

Notabil este faptul că, atât în Olanda, cât și în Belgia, suferința pacienților care solicită eutanasia sau suicidul asistat medical nu trebuie să fie legată de un context sau de o condiție medicală care le amenință viața. Poate cel mai grăitor exemplu este cel al sindroamelor degenerative care nu amenință, în mod iminent, viața pacientului. În plus, bolile psihiatrice, demența și oboseala de a trăi sunt considerate motive suficient de puternice pentru a putea solicita eutanasia. Cu toate acestea, ele sunt, adesea, considerate de cadrele medicale drept situații problematice, contexte limită pentru acceptarea și realizarea eutanasiei. Dacă pentru bolile psihiatrice sau pentru cazurile de demență există justificări de natură medicală, care pot constitui justificări pentru eutanasia, acuzele legate de un sentiment de natură mai degrabă metafizică, precum cele legate de „oboseala de viață” și suferința cauzată de diminuarea totală a apetitului vital, nu par, cel puțin la o primă privire, a avea un substrat medical și nu justifică o evaluare de natură medicală cu scopul stabilirii unui motiv întemeiat pentru eutanasia¹³.

Atât în Olanda, cât și în Belgia există cazuri de eutanasia care ridică problema diferenței între eutanasia solicitată din cauza unei boli terminale și eutanasia justificată de calitatea foarte scăzută a vieții persoanelor ce se află în situația de a recurge la un medic pentru această intervenție. Diferența de statut moral între suferința fizică și cea psihică, respectiv scăderea dramatică a calității vieții este tematizată în aceste cazuri. Pierderea vederii de către persoane care suferă deja de surditate sau suferința emoțională a unui persoane transsexuale în

¹³ E. E. Bolt et al., „Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?”, *Journal of Medical Ethics*, 41: 592-598, 2015, p. 2.

urma operației de schimbare de sex sunt foarte diferite de implicațiile bolilor terminale, care, sunt, cel mai adesea, cauza celor mai multe solicitări de eutanasiu ca intervenție medicală. Tocmai de aceea, bioeticieni precum Arthur Caplan se întreabă cât de mult ne putem îndepărta de domeniul bolii terminale în scopul justificării eutanasiei și care pot fi derapajele în motivarea eutanasiei altfel decât prin suferințe fizice cauzate de boli terminale. Tot astfel, acesta chestionează nu doar eutanasiu motivată de suferințe de natură psihică, ci și pe cea justificată de rațiuni ce nu pot fi circumscrise niciunei boli, dar care țin, mai degrabă, de o drastică scădere a calității vieții. Mai mult decât atât, Arthur Caplan ridică și problema câtorva considerente, ca, de pildă, singurătatea cu care se poate confrunta o persoană, lipsa de interacțiune cu semenii, care au potențialul de a afecta calitatea vieții, dar care nu țin de domeniul medical, ci, mai curând, de stilul de viață și etapele vieții. Acestea sunt întrebări menite să pună în discuție rațiunile pentru care este sau poate fi realizată eutanasiu și relevanța lor din punct de vedere etic.

Argumentul „pantei alunecoase” utilizat de Caplan pornește de la premisa că acceptabilitatea morală a curmării suferinței în anumite situații medicale de origine somatică cu un prognostic foarte rău pentru pacient poate atrage după sine acceptarea intervenției de eutanasiu din rațiuni tot mai generoase și fără origine somatică sau medicală, fapt ce poate implica o largă acceptare etică și, ulterior legală, ceea ce poate implica, în definitiv, și riscul unor abuzuri ce nu ar mai putea fi evitate printr-un sistem de monitorizare precisă a aplicării acestei intervenții¹⁴.

Două perspective ale teoriilor morale asupra eutanasiei

Perspectiva teoriilor deontologice, non-consecințialiste și a celor consecințialiste asupra eutanasiei par să intre în conflict chiar și atunci când ne referim la eutanasiu activă voluntară. Dacă ar fi să privim practicarea medicală a eutanasiei prin prisma ideii de valoare a vieții, atunci trebuie să pornim de la ipoteza potrivit căreia, cel puțin în cadrul teoriei deontologice, viața are, în sine, valoare, adică are valoare intrinsecă, și concluzia rezultată din această inferență implică faptul că viața umană nu poate fi scurtată din niciun motiv, și, cu atât mai puțin, în scopul eliminării suferinței. Dintr-o perspectivă consecințialistă, însă, există grade diferite în evaluarea valorii vieții. Mai precis, valoarea unei vieți trăite la un nivel mai înalt de bunăstare este considerată mai mare decât valoarea unei

¹⁴ Barron H. Lerner, Arthur L. Caplan, „Euthanasia in Belgium and the Netherlands. On a Slippery Slope?” *JAMA Internal Medicine*, Volume 175, Number 10, October 2015.

vieții trăite la un nivel mai scăzut de bunăstare. Astfel, consecințialiștii nu conferă o valoare intrinsecă vieții trăite de un individ, ci doar una instrumentală, într-o măsură dependentă de bunăstarea de care se bucură acel individ. Pentru consecințialiști, întotdeauna, calculul bunăstării individuale obținute prin scurtarea vieții va fi raportat la un calcul al modului în care bunăstarea individuală poate fi afectată de prelungirea vieții, de pildă prin mijloace medicale, în cazuri în care este vorba de afecțiuni grave sau severe. Rezultatul acestui calcul comparativ este relevant și în privința bunăstării totale, agregate, care, pentru consecințialiști reprezintă criteriul ultim al moralității. Astfel, pentru acești teoreticieni, eliminarea suferinței prin intermediul scurtării vieții este considerată ca o acțiune implicit morală, întrucât are potențialul de a reduce nivelul general al suferinței din lume, iar în acea lume ar ființa mai multe persoane cu un nivel mai ridicat de bunăstare. Totuși, discutând cazul eutanasiei, calculul consecințialist mai sus menționat ține cont doar de nivelul individual al bunăstării și nu de unul colectiv. Totuși, acest tip de calcul individual privitor la nivelul bunăstării poate fi ușor extins la o judecată colectivă.

Totuși, chiar și din perspectiva radical diferită a teoriilor deontologice, care nu calculează utilitatea sau raportul dintre consecințele pozitive și cele negative ale unei acțiuni, dacă luăm în considerare valoarea autonomiei individuale și a demnității, eutanasia activă voluntară ar putea fi considerată ca permisibilă din punct de vedere moral deoarece se consideră că decizia unei persoane de a nu mai continua să trăiască în condiții de suferință insuportabilă trebuie să fie respectată. Din perspectivă deontologică, se consideră că pierderea autonomiei și a demnității în circumstanțele create de anumite boli pot cauza o scădere a valorii generale a acordate acelei vieți în condițiile în care o persoană nu și-ar putea încheia viața așa cum ar dori. Chestiunea valorii vieții umane este nuanțată aici dintr-o perspectivă care nu este instrumentală. Una dintre cele mai valoroase și minuțioase teoretizări a valorii vieții umane este cea oferită de Ronald Dworkin în cartea sa intitulată *Life's Dominion*¹⁵, în care acesta pune în legătură debaterile asupra avortului de cele asupra eutanasiei și suicidului asistat medical. Valoarea intrinsecă sau caracterul sacru al vieții este însă doar unul dintre aspectele fundamentale ce trebuie luate în considerare atunci când evaluăm caracterul acceptabil sau inacceptabil al eutanasiei și al suicidului asistat medical. Celelalte două aspecte sunt autonomia și interesul superior al persoanelor ce ar solicita aceste intervenții medicale. Toate aceste trei aspecte fundamentale trebuie să fie diferențiate, luate în

¹⁵ Ronald Dworkin, *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Alfred A. Knopf, New York, 1993, p. 190.

considerare și cântărite foarte bine pentru a stabili statutul moral al celor două intervenții discutate în studiul de față. Conceptul de autonomie a pacientului, arată și Dworkin, poate fi invocat atât în sprijinul cât și contra ideii de eutanasiere, deoarece, pe de o parte, unele persoane ar dori să își încheie viața fără suferință sau fără ca ultima parte a vieții să le afecteze coerența întregii vieți. Pe de altă parte, însă, alte persoane ar prefera să nu dispună de un astfel de „drept la moarte”, respectiv să nu poată „solicita” moartea, deoarece însăși această posibilitate de alegere ar avea potențialul de a influența acea decizie, prin tentația de a apela la eutanasiere atunci când, prin starea lor de boală gravă avansată, ar deveni o povară pentru familie sau pentru cei care îi îngrijesc.

Dacă chestiunea eutanasiei este tratată din perspectiva interesului superior al persoanei, respectiv prin prisma unei considerații morale diferite atât de autonomie, cât și de valoarea intrinsecă a vieții, atunci criteriul principal este reprezentat de ceea ce este considerat a fi bine sau rău pentru cineva în mod obiectiv. Din unghiul interesului superior al persoanei, convingerile acesteia, precum și deciziile sale sau ale celor ce o reprezintă în calitate de reprezentanți legali nu mai sunt relevante.

Există, bineînțeles, și argumente mai marginale ce vin fie să susțină, fie să respingă practicarea eutanasiei în domeniul medical. Dintre acestea, un argument ce merită amintit este cel care afirmă, la nivel pur teoretic, existența unui „drept” de a muri, iar acestuia i-ar corespunde o obligație din partea medicilor de a realiza eutanasierea la solicitare sau de a acorda ajutor pentru suicid asistat medical. Totuși, astfel de argumente radicale sunt considerate, chiar și în țări extrem de progresiste precum Olanda, inaplicabile. Ideea existenței unui astfel de „drept” al pacientului la eutanasiere și, implicit, a unei obligații corespundente a medicului de a o realiza este, cel puțin deocamdată, inacceptabilă la nivelul practicii medicale de astăzi. Această intervenție are loc doar dacă sunt îndeplinite criteriile bine stabilite și reglementate la nivel legislativ și doar în condițiile în care medicul își exprimă, în urma unei evaluări amănunțite, acordul pentru eutanasiere sau suicid asistat medical, însă niciunul dintre acestea nu îi pot fi impuse de către pacient.

Un alt argument se bazează pe jurământul hipocratic, și invocă două dintre obligațiile fundamentale ale medicilor, respectiv binefacerea și non-maleficiența. Cea din urmă ar conduce în mod evident, la inacceptabilitatea eutanasiei, pe când prima nu ar trebui, din perspectiva acestui jurământ, interpretată în sensul facerii unui bine, respectiv curmarea suferinței prin intermediul unui rău, respectiv prin curmarea vieții. Însă înțelegerea acestor două principii ale eticii medicale variază, iar printre eticieni există unii care le interpretează diferit acceptând ideea existenței

unei datorii de a ajuta pacienții să scape de o suferință care este insuportabilă și pentru eliminarea căreia nu mai există nicio altă soluție rezonabilă.

În cadrul îngrijirilor paliative, eticienii care susțin o teorie de tip deontologic sunt constrânși să recurgă la ceea ce literatura de specialitate numește principiul dublului efect. El este folosit de medicii ce recunosc diferența dintre eutanasia activă și cea pasivă și sunt în postura de a administra analgezice bolnavilor terminali, a căror viață ar putea fi scurtată de efectul toxic al dozelor mari de analgezice sau de alte consecințe ale folosirii lor, cum ar fi cauzarea stopului respirator. Medicii, ținând întotdeauna cont de intenția de alinare a durerii și nu cel de scurtare a vieții, dobândesc, totuși, o justificare prin intermediul principiului dublului efect. Acesta principiu diferențiază cele două tipuri de efecte produse de administrarea analgezicelor între primul, cel de alinare a suferinței, și cel de-al doilea, respectiv efectul negativ al acestora de scurtare a vieții pacienților. Astfel, în paliatia durerii, dar și în sedarea terminală sunt îndeplinite cele patru condiții ale principiului dublului efect: administrarea de analgezice nu este în sine un act imoral, efectul negativ (scurtarea vieții) nu este mijlocul de producere al celui pozitiv (paliatia durerii), efectul negativ este neintenționat de către medic și există un motiv proporțional de a administra analgezice în situații de boli terminale.

Concluzie

Toate justificările morale ale eutanasiei, indiferent de formele pe care le poate lua, și ale suicidului asistat medical, pornesc de la asumția autonomiei persoanei, căreia, astfel, îi este recunoscută libertatea de a decide în privința modalităților de a-și sfârși viața. Este vorba, deci, de asumarea unei autonomii radicale, ce este posibilă doar în societăți complet secularizate, care angajează o anumită interpretare a valorii vieții. Nu este, deci, vorba de o negare a valorii intrinseci a vieții, ci, dimpotrivă, de o înțelegere a acesteia prin prisma individului uman și a subiectivității cu care acesta experimentează viața și, implicit, diverse grade, uneori chiar paroxiste, ale suferinței. Asumarea individuală a responsabilității legate de alegerea momentului și, respectiv, a modalității de încheiere a propriei vieți, face ca moartea să devină un tip de experiență asupra căreia persoana își poate exercita controlul, la fel ca și în cazul altor experiențe de pe parcursul vieții. Eutanasia, ca expresie a autonomiei individuale, este circumscrisă domeniului medical și reprezintă o formă de control asupra propriei suferințe. Tocmai de aceea, alegerea eutanasiei ca modalitate de a sfârși propria viață, este determinată de o experimentare subiectivă a diverselor grade de suferință, de orice tip ar fi aceasta, respectiv somatică, psihică sau existențială, dar

care necesită, totuși, o evaluare medicală, menită să confirme sau să infirme prezența suferinței insuportabile și să limiteze „dreptul” persoanei de a decide unilateral cu privire la condiția sa medicală.

Bibliografie

1. Bolt, E.E. et al., „Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?”, *Journal of Medical Ethics*, 41: 592-598, 2015, p. 2.
2. Dworkin, Ronald, *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Alfred A. Knopf, New York, 1993, p. 190.
3. Harris, John, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge, London, 1985, pp. 33-47.
4. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului, capitolul III, articolul 13. Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29 ianuarie 2003.
5. Lerner, Barron H., Caplan, Arthur L., „Euthanasia in Belgium and the Netherlands. On a Slippery Slope?” *JAMA Internal Medicine*, Volume 175, Number 10, October 2015.
6. Miller, F.G., Truog, R.D. and Brock, D.W., „Moral Fictions and Medical Ethics”, *Bioethics*, 24: 2010, pp. 453-460.
7. Rachels, James, „Active and passive euthanasia”, *New England Journal of Medicine* 292, 1975, pp. 79-80.
8. Regional Euthanasia Review Committees, *Euthanasia Code 2018*.
9. Ursin, Lars Øystein, „Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethically Equivalent?”, *The American Journal of Bioethics*, 19:3, 2019, pp. 10-20.
10. World Medical Association Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Adopted by the 70 WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

3.

**ASPECTE PRACTICE
ÎN URGENȚA BOLII ȘI A SUFERINȚEI**

Riscurile asociate actului medical în Terapie Intensivă.

Care este riscul minim acceptabil asociat cu spitalizarea, tratamentele, manoperele și procedurile specifice TI? Este principiul „*Primum non nocere*” iluzoriu în TI?

CRISTINA PETRIȘOR

Pandemia COVID-19 a adus în prim plan pentru atenția publică secțiile de Terapie Intensivă (TI). Dacă medicul curant al pacientului este cel care tratează afecțiunea de bază (chirurg, cardiolog, pneumolog, gastro-enterolog, urolog, pediatru, etc), o întreagă echipă medicală manageriază pacientul în secția TI atunci când starea acestuia o impune. Spre exemplu, un pacient cu infarct miocardic acut și șoc cardiogen, resuscitat în urma unui stop cardiac, va primi îngrijirea postresuscitare în secțiile de TI. Un pacient cu ulcer gastric perforat și peritonită generalizată, la care se intervine chirurgical, va necesita suportul diferitelor insuficiențe de organ prin proceduri invazive în secțiile TI. Un pacient cu accident rutier și politraumatism sever, un pacient cu intoxicație acută, un pacient neurologic cu meningită și comă, ajung cu toții în stadiile cele mai avansate de boală să necesite proceduri specifice terapiei intensive și anume susținerea/suplinirea disfuncțiilor de organe. Din această perspectivă, secțiile de TI pot să fie considerate intersecții, unde specialiști din diverse domenii abordează în mod integrat pacienții. Susținerea funcțiilor vitale prin utilizarea diverselor aparate și tehnici face parte din medicina modernă, avansul tehnologic fiind evident vizibil. Utilizarea procedurilor de TI, cum sunt ventilația mecanică non-invazivă, ventilația mecanică invazivă protectivă, salvează viața pacienților și scad mortalitatea pentru evenimentele acute sau cronice acutizate [1]. O singură disfuncție de organ poate amorsa insuficiența pluriorganică. Practic, în secțiile TI sunt tratați pacienții ce nu ar putea să supraviețuiască fără preluarea și abordarea în cadrul echipelor de TI.

Susținerea funcțiilor vitale revine echipei de specialiști de TI: medici, kinetoterapeuți, asistenți medicali, infirmiere, îngrijitoare, brancardieri, psiholog, nutriționist. Fiecare își are specializarea sa, cu aplicabilitate practică directă la

pacientul critic. Acest pacient poate să fie complet inconștient (comatos), conștient, cu management de cale aeriană sau nu, ventilație mecanică, proceduri de epurare extra-renală continue, susținere farmacologică și/sau mecanică a cordului. Întotdeauna profilul imunologic al pacientului este de imunosupresie (prin afecțiunea de fond, tratamentul afecțiunii – imunosupresoare, chimioterapie sau ca o consecință secundară sindromului inflamator sistemic amorsat în fazele inițiale ale injuriei acute). Pacientul primește medicație administrată continuu, nutriție enterală sau parenterală, este mobilizat la intervale regulate, este monitorizat continuu. Fără aceste tratamente, funcțiile vitale încetează.

Pacienții care beneficiază maximal de spitalizare în TI sunt cei cu afecțiuni acute sau care prezintă acutizarea unor insuficiențe de organ cronice, când pacientul prezintă o leziune cu risc crescut de deces/comorbidități fără monitorizare continuă într-un mediu supravegheat și unde există personal specializat pentru susținerea funcțiilor organelor sau chiar suplinirea lor. Indicațiile spitalizării în secțiile ATI sunt cunoscute, la fel indicațiile pentru fiecare dintre manopere sau proceduri specifice. Outcome-ul pacientului este direct corelat cu severitatea dezechilibrelor parametrilor fiziologii specifici ce cuantifică afectarea fiecărui sistem de organe (cuantificate pe baza scorurilor de severitate SOFA, APACHE II, etc), cu categoriile de pacienți vârstnici, comorbidități, imunodeprimați, la riscul cel mai mare de deces.

Prezentarea prin mijloace media a diferitelor cazuri (inclusiv cu filmări video, fotografii, cu un mare semn de întrebare referitor la acordul pacientului pentru publicarea lor) a pacienților aflați într-o condiție critică, mai mult, a cazurilor cu complicații severe ale bolii sau ale terapiei (exemplificate în ceea ce urmează), a atras refuzul unor pacienți sau familii de a li se acorda îngrijiri de specialitate pentru afecțiuni cu potențial letal [2]. Mai mult, unii dintre pacienți sau aparținători au refuzat transferul în străinătate pentru primirea îngrijirilor specifice [3]. Rămânem astfel în fața unui pacient/aparținător legal care știe că fără acceptul îngrijirii medicale pacientul ar putea chiar să decedeze și totuși nu acceptă tratamentul medical din cauza temerilor legate de efectele adverse. Aceste aspecte necesită în mod evident informarea pacientului, aparținătorilor și nu în ultimul rând, a societății asupra riscului la care sunt expuși atunci când refuză tratamentul medical.

Categoriile profesionale care participă la îngrijirea pacienților critici, medici și asistenți medicali, prezintă un grad de disconfort psihologic asociat cu dilemele morale, cuantificat prin diferite scale care includ probleme reale întâlnite zi de zi [4]. Acest risc pentru medici și asistenți, cu consecințe psihologice pe care le conștientizăm, sunt cunoscute public [5]. Riscul este de analizat mai ales secundar pandemiei, când ratele de mortalitate pentru diferite afecțiuni au fost mari, dar

acest risc psihologic a existat dintotdeauna în profesia medicală. Care este structura psihologică necesară pentru a putea munci ore și zile, cu riscul expunerii personale la infecții și consecințe psihologice, văzând zi de zi decese și nemulțumirea în fața efectelor adverse apărute în timpul tratamentului ce are ca și scop salvarea pacientului? În plus, relația de proporționalitate directă riscuri medicale asupra pacientului – burnout la personal este deja cunoscută [6]. Cu cât personalul este mai afectat de burnout, cu atât pacienții îngrijiți vor suferi de pe seama erorilor medicale, incluse în riscurile spitalizării. Problematica de mai sus referitoare la refuzul de a accepta proceduri medicale pe care personalul le poate asigura la un moment dat este unul dintre factorii care pot să genereze suferință morală – poate să fie frustrant să poți ajuta un pacient, dar să te lovești de refuzul acestuia sau al familiei, moment în care principiile morale referitoare la respectul autonomiei și binefacerii pot să fie contradictorii. De exemplu, refuzul pentru procedura de intubație oro-traheală în urgență – ce primează autonomia cu decizia proprie sau binefacerea, intubația (cu toate riscurile asumate) fiind o manoperă salvatoare de viață.

Care sunt riscurile asociate spitalizării și tratamentelor în TI asupra pacientului?

Procedurile efectuate în secțiile TI sunt proceduri de susținere a funcțiilor organelor vitale. Pentru fiecare aparat și sistem există proceduri specifice. Spre exemplu, oxigenoterapia, aerosolizarea, ventilația mecanică non-invazivă și invazivă, sunt aplicate pacienților cu insuficiență respiratorie, în funcție de severitatea acesteia. Dacă un pacient cu insuficiență respiratorie severă este intubat pentru ventilație mecanică invazivă, atunci acel pacient ar suferi major în urma extubării și retragerii suportului ventilator prin hipoxemie și hipercapnie ce generează leziuni majore ireversibile cerebrale și/sau deces prin stop cardiac.

Fiecare procedură efectuată în TI, fie ea specifică sau nu secțiilor TI, are riscurile sale, exemplificate în Tabel. Exemplificările nu sunt aici exhaustive, dar pot conferi o imagine de ansamblu asupra riscurilor asociate actului medical în TI. Mai mult, spitalizarea în sine în TI are riscuri generale prin profilul pacienților care sunt imobilizați la pat (inconștienți, comatoși, instabilitate hemodinamică), profilul secției (monitoare cu alarme, gălăgie de fond, menținerea becurilor aprinse pe durata nopții pentru preluarea unor pacienți de urgență, alterarea ritmului nictemeral), risc de infecții nosocomiale cu germeni plurirezistenți apărute pe fondul imunosupresiei, utilizării de antibiotice cu spectru larg pentru afecțiunea inițială și a procedurilor invazive.

Tabelul 1. Complicații asociate cu spitalizarea, procedurile și tratamentele secțiilor de Terapie Intensivă

Afecțiuni, proceduri, factori de risc	Riscul	Reducerea riscului
Spitalizare TI: <ul style="list-style-type: none"> • Afecțiuni cu risc vital • Comorbidități severe, printre care insuficiențele cronice de organ (cardiac, pulmonar, renal) • Imunosupresie • Complicații • Imobilizare 	Deces (rata de deces în terapie intensivă depinde de profil 10-30%, chiar spre 50% pentru pacienții critici COVID-19) [7]	Trainingul adecvat al echipei pentru a menține standardul profesional – programe de formare continuă Recunoașterea riscurilor și minimizarea acestora Tratamentul rapid al complicațiilor Ameliorarea climatului psihologic, astfel încât complicațiile să fie raportate la timp
Stop cardio-respirator: <ul style="list-style-type: none"> • Resuscitare cardio-respiratorie 	Leziuni traumatice – fracturi costale, torace moale, contuzie pulmonară, leziuni hepatice sau splenice Moarte cerebrală, comă, stare vegetativă	Intervenție rapidă Training adecvat Dotare materială la îndemână
Comă, insuficiența respiratorie, șoc <ul style="list-style-type: none"> • Intubația orotraheală 	Complicații mecanice Imposibilitatea intubației, hipoxemie severă, deces	Training specific al personalului, cursuri de formare continuă Echipamente de management al căii aeriene dificile
Insuficiența respiratorie, șoc: <ul style="list-style-type: none"> • Ventilația invazivă – necesită menținerea de lungă durată a sondei de intubație 	Pneumonie de ventilator, sepsis, șoc septic, deces Stenoza traheală Fistulă traheo-esofagiană	Măsurarea presiunii din balonașul sondei de ventilație Igiena orală la pacientul intubat Sonde cu aspirație subglotică Menținerea patului la 30-45° Aspirația în circuit închis/steril
Insuficiența respiratorie, edem pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • Ventilația non-invazivă 	Pneumonie asociată actului medical Sindrom de aspirație pulmonară Leziuni de decubit la nivelul feței	Selectarea pacientului Trainingul personalului Disponibilitatea măștilor de diferite variante/cască Circuite de unică folosință Filtre antibacteriene/antivirale
Insuficiența respiratorie: <ul style="list-style-type: none"> • Ventilație invazivă – cu presiune pozitivă 	Barotraumă – pneumotorace, deces Volutraumă Necesită sedare – efort de tuse afectat	Monitorizarea schimbului gazos prin analiza gazelor sangvine Monitorizarea presiunilor și volumelor de insuflație
Șoc, nutriție parenterală: <ul style="list-style-type: none"> • Cateter venos central 	Complicații mecanice la inserție – fistule arterio-venoase, embolizarea ghidului, hematom compresiv (cu risc de compresiune cale aeriană) Infecții de cateter, sepsis, șoc septic, deces Embolie aeriană Tromboză venoasă cu trombembolie	Training prin simulare, utilizarea ghidajului ecografic Training specific al personalului care inseră și menține cateterul – checklist protocolizat Tehnici sterile la inserție și la fiecare manipulare, schimbarea truselor și robinetilor de perfuzie, utilizarea lumenelor dedicate pentru infuziile de lipide, pansamente impregnate cu clorhexidină, catetere impregnate cu clorhexidină sau argint. Suprimarea catetelor atunci când nu mai sunt necesare.

Afecțiune, proceduri, factori de risc	Riscul	Reducerea riscului
Șoc, insuficiență respiratorie: • Cateter arterial	Complicații mecanice – tromboză, ischemie, anevrism arterial, hematom compresiv	Training specific inserției și manipulării Monitorizarea continuă Ghidaj ecografic, tehnică Seldinger
Șoc, insuficiență renală: • Sondaj vezical	Complicații mecanice Infecții de tract urinar, sepsis, șoc septic, deces	Montare sterilă Menținerea circuitului închis Toaleta locală
Internare în TI: • ritmul de muncă, permanență, alarme și monitoare, zgomot de fond	Deorientare, confuzie, delir de TI Pe termen lung – stres post-traumatic, risc de suicid	Menținerea pe cât posibil a ritmului somn/veghe, orientare cu ceas pe perete, vizita aparținătorilor, management de către un psiholog clinician
Internare în TI • aparatură medicală și oxigen	Risc de incendiu/explozii	Instruirea personalului, mentenanța adecvată a circuitelor gazelor medicale, structurii electrice, proceduri stricte referitor la prevenirea și acționarea în caz de incidente majore
Internare în TI • Afecțiuni care induc imunosupresie, terapie imunosupresoare, chimioterapie, corticoterapie, utilizarea dispozitivelor invazive	Infecții asociate asistenței medicale, sepsis, șoc septic, deces Stare inflamatorie persistentă Imunosupresie secundară Hipercatabolism, sarcopenie	Training specific, dezvoltarea și implementarea unor proceduri de prevenție a infecțiilor, ghiduri de antibiopprofilaxie și antibioterapie, analiza individualizată a cazurilor, raportarea corectă, dispozitive de unică folosință, aderarea la procedurile de spălare/dezinfecție chirurgicală a mâinilor, sterilizare, normare adecvată a personalului medical, izolarea pacienților cu infecții/colonizări
Comă, sedare • Imobilizare	Decon condiționare fizică – scăderea toleranței la efort, a masei musculare și a capacității funcționale Leziuni de decubit, sepsis, șoc septic, infecții	Kinetoterapie progresivă de la pasivă la activă, în funcție de toleranță Mobilizare la intervale regulate/posturări
Comă, sedre, tulburări de alimentație • Nutriție artificială	Malnutriție protein – calorică	Evaluarea statusului nutrițional, calcularea necesarului și monitorizarea ratei de administrare și consecințele biologice ale terapiei nutriționale, calorimetrie
Pacient critic TI: • Erori medicamentoase	Supra/subdozare – ex antibiotic – sepsis, șoc septic, deces dacă nu se atinge concentrația minimă inhibitorie Administrarea incorectă a tratamentului medicamentos – ex. bolus accidental de substanțe vasoactive	Training adecvat al personalului prescriptor – medicii Supravegherea activității asistenților medicali referitor la administrarea medicației Monitorizarea continuă a pacientului
Insuficiență renală, intoxicații acute, boli autoimune, insuficiență respiratorie:	Complicații mecanice și infecțioase asociate cu montarea și întreținerea cateterelelor Dezechilibre metabolice (electrolitice, acido-bazice, glicemie, osmolaritate)	Training specific al personalului, menținerea standardului echipei Proceduri și protocoale Monitorizare continuă a pacientului

Afecțiune, proceduri, factori de risc	Riscul	Reducerea riscului
<ul style="list-style-type: none"> Proceduri de circulație extracorporală (dializă, hemofiltrare, plasmafereză, oxigenare extracorporală) 		
Bolnav critic: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul greșit 	Pacienți cu afectare pluri-organică, uneori este dificil de stabilit factorul generator și de identificat toate complicațiile	Trainingul prin educație medicală continuă, colaborare cu specialiști din diverse domenii și specialități

În ceea ce urmează, voi prezenta situația a două subiecte de interes în ultimii ani pentru media și pentru societate (cazuri/subiecte concrete mediatizate), iar ulterior voi argumenta necesitatea terapiei intensive (implicit asumarea riscurilor) și a procedurilor de terapie pentru pacienți din perspectiva principiilor filosofice.

1. Problema conștienței mecanice în secțiile de TI

În anul 2021 au apărut în presă declarații ale unor cadre medicale care aduceau acuze referitoare la sedarea și conștiența mecanică în TI (văzut ca un tratament inuman și lipsit de empatie), lipsa acordării îngrijirilor standard, lipsa comunicării, apariția infecțiilor nosocomiale secundare [8]. În această publicație destinată publicului larg, „Declarațiile șocante” sunt însoțite de poze reale ale pacienților cu conștiență mecanică, se fac acuzații directe asupra întregii echipe medicale: „oamenii se omoară” prin tratament și măsurile luate de către cadrele medicale, acțiunile acestora împreună cu boala de fond ducând la asfixie și deces: „Pacienții sunt efectiv legați de pat, de mâini și de picioare, în momentul în care nu mai pot respira și încep să se agite, susține Domnul S.” Tratamentul este probat cu fotografii făcute în ATI. „Se întâmplă. Din cauza CPAP-ului, inspirul și expirul omului nu se activează, nu mai are aer și omul se asfixiază și devine agitat. Când devine agitat, îl sedează. Au fost cazuri când din disperare că rămân fără aer, au devenit agitați și și-au rupt branulele, legăturile. Dar de aici, să-i sedezi până la moarte, să-i răstignești ca pe vite și să-i legi de paturi e cale lungă.”, adaugă martorul în publicație.

Într-adevăr, această declarație inițială a unei persoane anonime, a atras atenția societății, dar și a organizațiilor de profil, mai mulți medici din specialitate și nu numai, explicând ce este sedarea, insuficiența respiratorie, ventilația mecanică, conștiența la pacientul agitat [9,10,11].

Ce ne indică literatura medicală pe această temă?

Analizând subiectul conștienței mecanice, identificăm în literatura de specialitate dezbaterile referitoare la necesitatea aplicării conștienței mecanice, a

cărei rată de utilizare este de aproximativ 40% în SUA, peste 50% în Franța și 0% în Norvegia [12]. Utilizarea contenției mecanice variază așadar, în funcție de profilul secțiilor de TI și de distribuția geografică, posibil un factor care contribuie fiind numărul de cadre medicale alocate pentru fiecare pacient critic, statele nordice având un raport asistent: bolnav critic de 1:1, chiar 2:1 pentru cei care urmează proceduri de epurare extrarenală continuă. În alte state, acest raport este de 1:2, 1:3-4 pacienți, iar pe durata pandemiei, chiar 1:6 și în zonele cu deficit mare de personal, posibil chiar mai mult. Consecințele negative ale contenției mecanice sunt variate: problematica autonomiei și respectarea demnității pacientului, tulburare de stres post-traumatic, depresie, delir, agitație, reabilitare încetinită, risc mai mare de escare, leziuni nervoase periferice, infecții nosocomiale, durata spitalizării mai lungă (efectul severității afecțiunii?), dar și sentimente negative pentru familii și personal (care în unele state reprezintă unul dintre principalii indicatori de rezultat al îngrijirilor medicale în TI). Cu toate acestea, dacă riscurile sunt cunoscute, de ce se utilizează? În special asistenții medicali care supraveghează continuu pacientul în salon, alături de alți pacienți, invocă prevenirea autoaccidentărilor/căderilor la pacienți cu delir, agitație psiho-motorie, dar și prevenirea îndepărtării cateterelor cu risc mare de reinserție (ex capitala venos), extubare accidentală, toate cu risc vital.

Terapiile intensive sunt locurile unde contenția mecanică este frecventă și există semnul de întrebare referitor la momentul în care secțiile vor reuși să reducă la 0% utilizarea acesteia, reducerea depinzând de fapt de caracteristicile pacientului, de structura terapiei (cu mai multe paturi în același salon alocate unui asistent sau cu un pacient în salon individual și cu un asistent medical dedicat) [13].

Există o serie de măsuri care pot să fie luate pentru a evita contenția mecanică (cu nivel de evidență C, sugerând că sunt necesare studii mai ample). Acestea se implementează în secții sub forma unei proceduri ce includ: crearea unui mediu sigur pentru pacient, cu contenție minimă, menținerea confortului și respectarea demnității, interzicerea utilizării de rutină, balanța risc-beneficiu pentru fiecare pacient, analiza cauzei agitației psihomotorii și corectarea acesteia, indicația documentată în foaia de observație, evaluare regulată la 4-8 ore [14].

Așadar, această procedură utilizată relativ frecvent în secțiile de TI atrage riscuri secundare, existând demersuri în cadrul societăților medicale de profil pentru a stabili/defini necesitatea utilizării sale în secțiile TI, cu minimizarea riscurilor.

2. Problema apariției infecțiilor nosocomiale în secțiile TI

În ultimii ani, în presă au fost relatate cazuri de pacienți care au avut de suferit major de pe urma contractării în spitale a unor infecții cu germeni plurirezistenți, soldate ulterior chiar și cu decese. Renunțând chiar și la anonimat aparținătorii relatează cele întâmplate din perspectivă proprie și aduc acuze corpului medical: *„mii de români pleacă din spitale mai bolnavi decât au intrat, din cauza infecțiilor”, „boala unui sistem medical, sau cum mergi pe picioare și te întorci mort”* [15], idei care se regăsesc și în sintagma unor organizații care militează în mod transparent pentru raportarea corectă a infecțiilor intraspitalicești: *„Neam ucis de nosocomiale”* [16].

Aceste infecții nu sunt specifice doar secțiilor de TI, ci se asociază cu actul medical în general. Practic, nici o intervenție invazivă (fie ea procedură chirurgicală, utilizare de dispozitive invazive cum sunt cateterele venoase – chiar și periferice, catetere de chimioterapie, dializă etc.) nu au risc de infecție secundară 0%, atâta timp cât bariera locală de apărare este depășită (integritatea tegumentară). Similar, leziunile tegumentare, mai ales cele extinse cum este cazul arsurilor, sunt porți de intrare pentru diferiți germeni patogeni comensali (de pe tegumente) sau din mediu, pentru mediul de spital unde se utilizează antibioterapia mai frecvent și sunt internați pacienți cu diferite infecții (uneori cu imposibilitate de izolare individuală), germeni nosocomiali plurirezistenți.

Acuzele pacienților, familiilor și considerarea acestor infecții ca și cazuri de malpraxis [17], mai mult considerarea spitalelor care raportează aceste infecții ca și spitale cu probleme [18], poate să contribuie la subraportarea infecțiilor. Subraportarea este cunoscută autorităților care semnalează necesitatea identificării, raportării și tratării pacienților [19, 20]. Subraportarea este în detrimentul pacientului și instituției medicale, pentru că dacă nu se efectuează culturi, flora locală nu este cunoscută și ghidurile de antibioterapie nu se pot baza pe evidențe clare.

Pe lângă considerarea infecțiilor ca și malpraxis și sancționarea instituțiilor care raportează infecțiile nosocomiale, mai există și alți factori ce contribuie la incidența fals redusă și la imposibilitatea cunoașterii incidenței reale a infecțiilor, așa cum societățile medicale de profil semnalizau într-o analiză din 2017, prezentată public: *„spitalele sunt supra-aglomerate, personalul nu este instruit, iar laboratoarele nu sunt dotate”* [21]. Specialiștii European Centre for Disease Prevention and Control subliniau în același raport că *„Spitalele sunt un mediu de risc pentru pacienții vulnerabili și nu toate infecțiile nosocomiale sunt prevenibile.... Până și în cele mai bune spitale din cele mai bogate țări, pacienții se pot infecta....Întotdeauna a fost și va fi așa”* [21].

În secțiile de TI sunt internați pacienții cu afecțiuni amenințătoare de viață, la care sunt necesare proceduri de susținere a funcțiilor vitale, fie cu sepsis la debut, fie fără sepsis inițial. În secțiile TI sunt preluați așadar pacienții cei mai vulnerabili: pacienții cu insuficiențe de organ și la care, indiferent de patologia inițială, se amorsează un grad de imunodeficiență. Mai mult, la acești pacienți, este necesară utilizarea dispozitivelor invazive pentru menținerea funcțiilor vitale până când tratăm afecțiunea acută sau episodul de decompensare al unei afecțiuni cronice. În mod firesc, atunci când pacientul este supus unui abord invaziv, consimțământul informat trebuie să includă și acest risc. De exemplu, un pacient cu șoc septic, cardiogen, din cauza hipotensiunii și a hipoperfuziei de organ, necesită re-echilibrare volemică și administrarea de substanțe vasopresoare sau inotrope în mod continuu. Pentru aceasta, se inseră cateter venos central (substanțele respective nu se pot administra pe venă periferică decât în urgență pentru un timp foarte scurt, până la obținerea abordului central) și un cateter arterial pentru monitorizarea în timp real bătaie cu bătaie a tensiunii arteriale. Aceste catetere atrag riscul de dezvoltare a infecției de cateter din momentul inserării și acest risc crește cu cât este necesar mai mult timp să menținem cateterul pe loc. Fără suport vasopresor/inotrop, tensiunea arterială se prăbușește și pacientul decedează în câteva ore sau zile. Riscul terapiei șocului este așadar, infecția de cateter. Dar șocul netratat duce iminent la deces. Aceste aspecte se pun în balanță când analizăm riscurile.

Care este situația infecțiilor asociate actului medical în secțiile TI?

Există și alți factori de risc pentru infecțiile nosocomiale, în plus față de cei legați de pacient, printre care: trainingul personalului, aderarea lor la ghidurile și protocoalele locale, implementarea cu succes a procedurilor de prevenție în TI. De exemplu, fiecare secție de TI are nevoie de procedură specifică de lucru pentru prevenirea pneumoniei de ventilator și a sepsisului de cateter. Pentru prevenția infecțiilor de cateter, procedurile includ etape succesive de la inserție, manipulare și îngrijire, inspecție zilnică și utilizarea unor pansamente sterile antiseptice transparente, suprimare atunci când nu mai este necesar, identificarea rapidă a semnelor de infecție și realizarea culturilor pentru ghidarea antibioterapiei. Pentru dezideratele de mai sus, este necesar efortul tuturor membrilor echipei. Spre exemplu, pentru prevenția infecțiilor de cateter: un singur medic inseră cateterul, mai mulți asistenți medicali îl utilizează de mai multe ori în fiecare tură. Dacă unul singur nu folosește cateterul în mod steril și conform normelor de siguranță, atunci apare infecția de cateter, deși toți ceilalți au lucrat corect. Este necesar ca fiecare membru al echipei să fie responsabil, extrem de dificil de identificat cine nu a utilizat cateterul în mod corespunzător, și chiar și cu utilizarea corectă, infecția totuși poate să apară prin formarea unui biofilm cu germenii tegumentari la un pacient cu imunosupresie severă.

Alt factor de risc este structura secțiilor de TI, cu risc mai mare pentru cele în care mai mulți pacienți sunt îngrijiți în același spațiu și imposibilitatea de izolare a celor infectați sau colonizați, normarea asistenților la numărul de pacienți [22], profilul secției.

În secțiile TI cele mai frecvente infecții sunt penumonia de ventilator, bacteriemia prin infecția de cateter, infecțiile tractului urinar [23], din cauza utilizării de lungă durată a antibioterapiei cu spectru larg, frecvent implicați fiind germeni multi-drog rezistenți. Există secții care raportează că până la 30% dintre pacienți critici sunt diagnosticați cu o infecție nosocomială cel puțin pe durata spitalizării [24]. Pe lângă măsurile generale de prevenție implementate sub forma de checklist, instructajul adecvat la personal și asigurarea implementării procedurilor, este absolut necesar să fie recunoscute la timp infecțiile și să existe posibilitatea efectuării culturilor care să ghideze terapia antibiotică specifică.

Pe perioada pandemiei, la pacienții COVID-19 cu formă critică de boală și intubați, ventilați de lungă durată, incidența infecțiilor nosocomiale a crescut [25], cu posibili factori cauzatori imunosupresia prin boală, prin tratament (corticoterapie, anticorpi monoclonali), prin numărul mare de pacienți internați în intervalul de timp, suprasolicitarea personalului medical și al secțiilor TI, în esență tot sistemul sanitar. Numărul de zile de spitalizare pacient critic a crescut prin creșterea numărului de pacienți ce au necesitat durate mari de spitalizare în TI.

În concluzie, infecțiile asociate actului medical există în secțiile de TI, incidența lor este mare comparativ cu secțiile non-ATI datorită profilului pacienților (cei în starea cea mai gravă, vulnerabili), utilizării dispozitivelor invazive, dar și factorilor care țin de personal și structura secției. Sunt necesare eforturi comune ale tuturor cadrelor medicale pentru prevenirea, diagnosticarea și tratarea acestora, supravegherea activă continuă fiind un element esențial pentru a reduce la minimum rata infecțiilor nosocomiale.

Dileme morale în ceea ce privește acceptarea riscurilor terapiei intensive

Pornind de la principiile etice ale lui Hippocrate, de a face bine și a nu face rău [26], continuând cu dezvoltarea conceptelor etice de către Beauchamp și Childress în 1979, republicate în ediții succesive, au fost fundamentate principiile etice ale actului medical și ale conduitei morale [27].

Riscurile la care sunt expuși pacienții în TI provin din afecțiunile de bază, procedurile efectuate, standardul de tratament oferit de echipa medicală. Frecvența cu care apar aceste riscuri nu este neglijabilă, mai ales pentru un pacient vulnerabil, care poate să ajungă chiar și la deces, nu atât din cauza afecțiunii primare, ci a complicațiilor. În SUA, aproximativ 98.000 pacienți decedează anual din cauza erorilor medicale, secțiile TI fiind secțiile în care astfel de erori survin

frecvent (până la 45.8% dintre pacienții internați) [28], în Spania a fost raportat că 58% dintre pacienți suferă de pe urma erorilor medicale și riscurilor tratamentelor și procedurilor [29], iar în Franța aproximativ 30% [30]. Cu cât necesitatea spitalizării în TI este mai prelungită datorită afecțiunilor, cu atât aceste riscuri cresc. Cu cât numărul evenimentelor iatrogene crește per pacient, cu atât crește mortalitatea [31]. Din această perspectivă, devine firească necesitatea reducerii acestor evenimente. Pentru aceasta, sunt necesare analiza sistematică a erorilor din TI, un efort proactiv susținut și colectiv de a diminua riscurile, managementul riscurilor atunci când apar, ceea ce include din perspectivă etică și raportarea acestora familiei și în cadrul sistemului medical [32].

Intenția și scopul managementului oricărui pacient în secția de TI este **binefacerea** – susținerea disfuncțiilor și insuficiențelor de organ până când este tratată cauza primară ce a dus la dezechilibrele majore cu risc vital. În mod ideal, managementul rapid al disfuncției de organ primare ar permite externarea rapidă din TI. De multe ori însă, evoluția pacientului se complică și până la ieșirea din TI este un drum lung cu sușuri și coborâșuri, date de complicații secundare asociate actului medical.

Deși scopul terapiei bolnavilor critici este cel vital, de tratament al unor situații care pun în pericol iminent viața pacienților, există multe reacții adverse, complicații și erori medicale. Imaginea publică a secțiilor este uneori prezentată din perspectiva acestor evenimente adverse și a răului pe care internarea/procedurile pot să afecteze calitatea vieții sau chiar viața pacientului [33, 34]. Astfel încât unii pacienți sau aparținători ajung să refuze îngrijiri medicale vitale în regim de urgență, cu consecințe imediate. Pare că prezentările relatează opusul principiului „*Primum non nocere*”. Paradoxal, deși intenția este de a face bine, pacientul ar deceda fără suport de organ (care este disponibil, cunoscut), sunt situații în care apare fața opusă a monedei – **răul indus**. Este principiul „*Primum non nocere*” iluzoriu? Ar trebui înlocuită sintagma „*non nocere*” cu „*minimum nocere*”? Atâta vreme cât riscurile și erorile cu consecințe nefavorabile există, complicațiile părănd inevitabile, echipele medicale sunt obligate să cuantifice aceste evenimente nedorite și să le reducă la minimum.

Întrebările sau dilemele sunt multe, generate de opoziția binefacere *versus* riscuri: Dacă le luăm pe rând, prevalențele însumate ale tuturor acestor riscuri, la cât ajungem? Dacă există atâtea riscuri pentru internare și management în TI, este justificabil să preluăm în TI? Care este riscul minim acceptabil pentru TI în termeni de severitate sau de frecvență? Cum cuantificăm acest risc: global sau pe diferite complicații? Cum ar trebui să acceptăm riscul – în termeni de severitate sau de frecvența apariției evenimentelor adverse? Cum privim riscurile: ca ceva complet evitabil sau inevitabil, inherent sau inclus în prețul plătit de familie și bolnavi? Atâta vreme cât bolnavul critic depinde în mod vital de susținerea de organe prin

procedurile complexe ale TI, atunci utilizarea acestora este justificată. Ce facem ulterior cu riscurile? Principiul „*Primum non nocere*” de a nu leza pacientul și a nu îi face rău este valabil pentru echipele de TI, similar cu alte specialități medicale. Riscurile necesită o atenție deosebită, cu scopul minimizării evenimentelor adverse.

Cu siguranță, pe lângă dificultatea și severitatea cazurilor care sunt gestionate în secțiile TI, procedurile complexe și tehnologia în continuă schimbare, și numărul mare de complicații posibile și riscul vital al unora dintre ele, conferă dificultatea specialității. Specialistul de terapie intensivă, atât medic cât și asistent, are nevoie de aptitudini specifice și de formare profesională continuă pentru a putea să managerieze cazurile într-un mod optim, menținând standardul profesional și siguranța pacientului.

Punând în balanță outcome-ul pacientului fără suportul vital în TI, așa cum am exemplificat mai sus pentru suportul ventilator în insuficiența respiratorie și suportul hemodinamic în cazul șocurilor (și anume decesul iminent și inevitabil ca și evoluție a bolii) și riscurile actului medical la un pacient critic cu afecțiuni acute, medicii de TI împreună cu aparținătorii care sunt informați asupra riscurilor evoluției bolii și cele ale actului medical în sine (atunci când timpul permite), iau decizii pe baza raportului risc/beneficiu. În mod logic, șansa de supraviețuire fără suportul organelor în TI în momentul luării deciziilor de urgență este mai mică decât dacă măsurile ce susțin funcțiile vitale sunt aplicate (intubație oro-traheală, ventilație mecanică, suport vasopresor, etc) în momentul respectiv. Aici, dintre principiile eticii, vorbim de **binefacere**. Este îndatorirea medicului și echipei medicale să acorde îngrijirea de urgență pe baza nevoilor. Cel mai evident exemplu este insuficiența respiratorie, când preluarea acestei funcții cu ajutorul tehnologiei (intubație oro-traheale și ventilație mecanică) evită decesul iminent. Este îndatorirea echipei medicale față de bolnav să folosească cunoștințele medicale, abilitățile pentru beneficiul pacientului și să își dezvolte și mențină competențele profesionale [35].

Riscurile asociate actului medical în secțiile de TI sunt cunoscute, cuantificate în spitale și echipele medicale aplică diverse proceduri/ protocoale actualizate constant referitor la diminuarea riscurilor. Riscurile la care sunt expuși pacienții critici depinde de implicarea activă pentru a minimiza aceste riscuri, după recunoașterea lor și cuantificare prealabilă. La începutul anilor 2000, Institute of Medicine Report a subliniat necesitatea reducerii efectelor adverse în SUA, stipulând „*To Err is Human*” [36].

Luptând activ pentru siguranța pacientului, secțiile TI implementează proceduri/protocoale pentru a reduce riscurile și evenimentele adverse prevenibile prin programe de siguranța pacientului, checklist pentru cateter venos central, penumonie de ventilator etc. [37].

Dar putem ajunge la 0%? Posibil că nu. Analizând toate riscurile, pare iluzoriu. Ceea ce putem să facem, este să minimizăm riscurile.

Programele de siguranța pacientului au câteva elemente esențiale: asigurarea complianței personalului pentru adoptarea unor măsuri, identificarea și raportarea evenimentelor adverse (inclusiv cu analiza cauzei, ceea ce presupune un mediu de siguranță pentru personalul medical care raportează), identificarea strategiilor medicale care sunt bazate pe dovezi științifice în ceea ce privește diversele riscuri, implementarea măsurilor de reducere a riscurilor [38]. Avansul major în ultimii 20 ani în medicina pacientului critic au fost cele de a recunoaște și de a minimiza riscurile și efectele adverse asupra pacientului, mai degrabă decât utilizarea unor proceduri sau tehnici mecanice noi, un efort susținut de a recunoaște și preveni evenimentele iatrogene [39].

Climatul optim pentru beneficiul pacientului este unul în care raportarea corectă a riscurilor, inclusiv cu informarea aparținătorilor, în care asistenții și medicii pot semnaliza corect evenimentele adverse, de oricare tip. Practic, fără posibilitatea de a vorbi deschis despre riscurile identificate de teama sancțiunilor, nu se poate contura o imagine clară asupra nici unui dintre riscurile spitalizării în TI, a manoperele specifice și a procedurilor efectuate. Terapiile intensive moderne sunt medii complexe, cu multe riscuri, și doar creșterea încrederii personalului că poate raporta fără sancțiuni efectele adverse va permite fundamentarea și aplicarea principiilor de siguranță în TI [40]. Este necesar ca fiecare dintre membri echipei de TI să conștientizeze rolul pe care îl au individual pentru a minimiza riscurile, erorile și în final, consecințele negative asupra pacientului [41]. Crearea unui climat psihologic și etic de siguranță, cu comunicare bună între cadrele medicale sunt esențiale pentru fiecare secție.

Concluzii:

- Secțiile TI tratează pacienții cei mai vulnerabili, a căror viață depinde de manopere și proceduri invazive.
- Riscurile asociate actului medical în TI există și frecvența lor de apariție nu este neglijabilă, mai ales atunci când sunt luate toate în calcul.
- Principiul „*Primum non nocere*” nu este iluzoriu în TI. Sunt necesare eforturi din partea întregului personal pentru a minimiza aceste riscuri, cu scopul reducerii evenimentelor adverse și complicațiilor, în beneficiul pacientului.
- Echipele medicale de TI trebuie să asigure un climat optim de siguranță pentru ca evenimentele adverse să fie raportate de oricare membru al echipei.

Bibliografie

1. LANDONI, Giovanni, et al. Mortality in multicenter critical care trials: an analysis of interventions with a significant effect. *Critical care medicine*, 2015, 43.8: 1559-1568.
2. <https://www.mediafax.ro/social/arafat-despre-pacientii-in-stare-grava-care-refuza-internarea-se-autocondamna-la-moarte-20312526>
3. <https://www.digi24.ro/stiri/actualitate/sanatate/medicii-germani-socati-famiiliile-unor-pacienti-in-stare-grava-refuza-transferul-pe-motiv-ca-cei-dragi-vor-fi-supusi-unor-experimente-1723489>
4. EPSTEIN, Elizabeth G., et al. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB empirical Bioethics*, 2019, 10.2: 113-124.
5. <https://www.scientificamerican.com/article/critical-care-doctors-are-in-crisis/>
6. <https://www.medscape.com/viewarticle/950479>)
7. <https://www.ecri.org/search-results/member-preview/hrc/pages/critcare1>
8. <https://www.turnulsfatului.ro/2021/03/07/rdquo-și-eu-am-omorat-oameni-rdquo-dezvaluiri-socante-din-sectia-ați-covid-a-spitalului-judetean-180535>
9. <https://www.g4media.ro/colegiul-medicalor-doctorii-din-ați-sunt-cei-calificati-sa-stabileasca-balanta-intre-sedarea-minima-și-contentie.html>,
10. <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-24691432-interviu-sedarea-legarea-pacientilor-covid-internati-ați-intre-mit-realitate-nu-sedezi-pacientul-insemna-forma-tortura.htm>,
11. <https://www.ziaruldeiasi.ro/stiri/colegiul-medicalor-sustine-sedarea-ori-legarea-pacientilor-de-paturi-la-ați--281998.html>
12. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/pros-and-cons-of-physical-restraint>
13. MION, Lorraine C. Physical restraint in critical care settings: will they go away?. *Geriatric Nursing*, 2008, 29.6: 421-423.
14. MACCIOLI, Gerald A., et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002. *Critical care medicine*, 2003, 31.11: 2665-2676.
15. <https://alba24.ro/stirea-ta-barbat-din-alba-decedat-intr-un-spital-din-cluj-tablou-sumbrucu-spagi-și-infectii-nosocomiale-635688.html>)
16. <https://facem.declic.ro/campaigns/raportati-infectiile-nosocomiale>)
17. <https://indrumari-juridice.eu/indrumarijuridice/infectiile-nosocomiale-reprezinta-malpraxis-medical-raspunderea-spitalului/>)
18. <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-25368447-infectiile-nosocomiale-din-spitalele-romanesti-sunt-ascunse-sub-pres-spital-care-raporteaza-este-considerat-spital-probleme-loc-fie-invers.htm>)
19. <https://www.tolo.ro/2020/10/21/raportul-lui-klaus-iohannis-nici-macar-un-sfert-din-spitale-nu-au-raportat-in-pandemie-infectiile-nosocomiale/>,
20. <https://www.digi24.ro/stiri/actualitate/sanatate/infectiile-nosocomiale-intalnite-in-spitalele-din-romania-o-necunoscuta-1389883>)
21. <https://romania.europalibera.org/a/colectiv-infectii-nosocomiale-spitale-romania/30240311.html>)
22. STILLER, A., et al. ICU ward design and nosocomial infection rates: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Hospital Infection*, 2017, 95.1: 71-75.

23. EDWARDSON, Stuart; CAIRNS, Chris. Nosocomial infections in the ICU. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 2019, 20.1: 14-18.
24. DESPOTOVIC, Aleksa, et al. Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit—Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American journal of infection control*, 2020, 48.10: 1211-1215.
25. MARIN-CORRAL, J., et al. Health care-associated infections in patients with COVID-19 pneumonia in COVID critical care areas. *Medicina intensiva*, 2021.
26. ADAMS F. The genuine works of Hippocrates. London: The Sydenham Society; 1849.
27. BEAUCHAMP T L, CHILDRESS J F. Oxford University Press, 2001, £19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9
28. DREWS, Frank A., et al. Error producing conditions in the intensive care unit. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2007. p. 702-706.
29. MERINO, Paz, et al. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2012, 24.2: 105-113.
30. CHAPUIS, Claire, et al. Interprofessional safety reporting and review of adverse events and medication errors in critical care. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2019, 15: 549.
31. GARROUSTE-ORGEAS, Maité, et al. Selected medical errors in the intensive care unit: results of the IATROREF study: parts I and II. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2010, 181.2: 134-142
32. ALNAHDI, Saleh A. The Ethical Obligation for Disclosure of Medical Error in the Intensive Care Unit. 2017.
33. http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=232
34. <https://www.forbes.com/sites/robertpearl/2015/06/11/how-hospitals-can-kill-us/?sh=6c5785527c32>)
35. RHODES, Rosamond; ALFANDRE, David. A systematic approach to clinical moral reasoning. *Clinical Ethics*, 2007, 2.2: 66-70.
36. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
37. BERGL, Paul A.; NANCHAL, Rahul S.; SINGH, Hardeep. Diagnostic error in the critically III: defining the problem and exploring next steps to advance intensive care unit safety. *Annals of the American Thoracic Society*, 2018, 15.8: 903-907.
38. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1944§ionid=143516337#143934173>
39. SINGER, Mervyn; GLYNNE, Paul. Treating critical illness: the importance of first doing no harm. *PLoS Medicine*, 2005, 2.6: e167.
40. HÄGGSTRÖM, Marie; RISING HOLMSTRÖM, Malin; JONG, Mats. Establishing Patient Safety in Intensive Care-A Grounded Theory.: Building Trust-Important for Patient Safety. *Open Journal of Nursing*, 2017, 7.10.
41. D'LIMA, Danielle M.; MURRAY, Eleanor J.; BRETT, Stephen J. Perceptions of risk and safety in the ICU: a qualitative study of cognitive processes relating to staffing. *Critical care medicine*, 2018, 46.1: 60.

Medicina narativă și rolul medicului în managementul durerii dentare

ROXANA TRIȘTIU

I.

Medicina narativă este abordarea medicală care utilizează narațiunea pacienților în practica medicală, cercetare și educație, ca o modalitate de a susține vindecarea. În acest sens, medicina narativă urmărește nu doar să valideze experiența trăită de pacient, dar și să încurajeze creativitatea și auto-reflexia de partea terapeutului [00, 0].

Medicina narativă a fost promovată ca mijloc inovator și eficient de stimulare a dezvoltării profesionale a studenților la medicină, învățându-i să abordeze experiențele de boală ale pacienților lor cu mai multă înțelegere și compasiune [1]. Educația clinică dentară ar trebui să respecte furnizarea de asistență medicală holistică cerută de corp, minte, spirit și emoții [2].

Medicina narativă a apărut ca variantă a științelor medicale umaniste și se inspiră din filosofie, literatură, poezie, artă, etică și științe sociale [2]. Plasând ca centrală povestea pacientului, ea schimbă atenția medicului de la nevoia de *a rezolva* probleme, la nevoia de *a înțelege*. Ca rezultat, relația medic-pacient este întărită iar nevoile și preocupările pacientului sunt abordate mai eficient, cu rezultate îmbunătățite asupra sănătății [1].

Medicii vin și cu propriile percepții subiective la consultație. Modul în care se realizează acest lucru reflectă personalitatea, experiențele și practica medicului. Medicina bazată pe narațiune, cel puțin, dă permisiunea pacienților să se elibereze de fricile și angoasele lor, iar ascultarea atentă este intrinsec terapeutică [3, 4]. În îngrijirea paliativă, când știința medicală nu mai are nimic de oferit, pacienții caută consolare și înțelegere [4, 5].

Potrivit lui Charon, există „patru diviziuni” [6, 7] care contribuie la posibila *conectarea* între medic și pacient: 1. relația cu mortalitatea, 2. contextul bolii, 3. convingerile despre cauzalitatea bolii, 3. rușinea, vina și frica. Prin intermediul

conversației, se creează o înțelegere comună a situației medicale – o „nouă poveste”.

Termenul de „stomatologie narativă” a fost introdus pentru prima dată de Vergnes et al., în 2015 [2]. Recent, tratamentul stomatologic complex și centrat pe pacient este evidențiat ca având aceeași importanță precum formarea tradițională a deprinderilor clinice în educația stomatologică. Medicina narativă a fost introdusă în educația stomatologică, începând cu anul 2019, la Facultatea de Stomatologie a „Chung Shan” Medical University Taiwan, în cadrul cursului de etică medicală [8].

II.

În contextul mai larg al temei anxietății bolnavilor privind vizita la medic, se evidențiază, de departe, categoria celor care se referă la vizita la medicul dentist.

Vizita la dentist. Acel moment când se înfruntă frica, spre a opri suferința, și durerea. O durere foarte specifică, cea dentară, acest tip de durere a inspirat de-a lungul timpului multe narațiuni, care mai de care mai expresive, episoade comice, sau scene celebre de filme de groază.

Dentistul și meseria sa au reprezentat încă din istorie un motiv de anxietate, de multe ori nu fără temei. În istoria modernă, perioada despre care se cunosc mai multe detalii despre tratamentele dentare, singurul „anestezic” utilizat, de regulă pentru extracții, era alcoolul, care i se dădea pacientului spre consum înainte de tratament. Însuși Freud a spus că „toți cei care lucrează cu sânge au o latură sadică” În secolul al XIX-lea, extracțiile dentare erau realizate de bărbieri, aceasta fiind, de altfel, și breasla de origine a medicului dentist.

Suprimarea durerii dentare a fost din cele mai vechi timpuri o preocupare care s-a impus, fiind folosite diverse substanțe, găsite sau derivate din natură. Printre ele: arsenicul, tămâia sau eugenolul extras din uleiul de cuișoare.

Pacienții au deseori amintiri traumatizante din copilărie, care sunt asociate unei dureri de intensitate foarte ridicată. Din majoritatea relatărilor lor, figura medicului pe care îl descriu este una sobra, rece, distantă, care impune respect, dar și una care inspiră teamă, medicul fiind insensibil față de suferința bolnavului. Adesea se menționează că numeroase manopere au fost realizate fără anestezie. De asemenea, pacienții asociază starea de anxietate cu mai multe elemente senzoriale, cum ar fi: simțul auditiv (sunetul turbinei sau a diferitelor piese de mână), simțul vizual (vederea diferitelor tipuri de instrumente utilizate, freze, instrumente de extracție, seringi sau ace) sau chiar simțul olfactiv ori gustativ (mirosul de cuișoare

din eugenol, gustul de anestezic local, eugenat de zinc folosit în pansamentele provizorii, etc.).

Este des întâlnit cazul în care pacienții adulți, încă de la prima consultație, relatează episoade traumatizante din copilărie, în care au simțit durere de intensitate foarte crescută, dar au fost și abordați cu brutalitate, nerăbdare, exigență, fără a se ține cont de suferința resimțită, de sentimentele lor, cum ar fi teama, cu care se prezentau atunci la tratament, copii fiind. Acești pacienți tind ulterior să amâne vizitele la medicul dentist, chiar și atunci când suferă de durere acută, favorizând astfel complicațiile, agravându-și starea de sănătate; ajung să dezvolte adevărate atacuri de panică la vârsta adultă, atunci când inevitabil ajung la medicul dentist în serviciu, uneori chiar cu urgențe dentare. Acesta este de multe ori și momentul când se confesează medicului cu privire la experiențele traumatice, încercând să își justifice în acest fel starea de frică puternică cu care se prezintă.

O categorie specială de pacienți în medicina dentară o reprezintă copiii, care nu doar că prezintă o serie specifică de patologii stomatologice, care cer tratamente adaptate la această etapă de viață, dar necesită de asemenea o abordare foarte atentă din partea medicului și a echipei medicale, o atenție suplimentară și construirea încă de la bun început a unei relații de încredere mutuală, respect și prietenie. Este cunoscut faptul că pentru mulți dintre aceștia poate fi deseori primul contact cu un medic dentist, motiv pentru care este de importanță majoră ca pacientului copil să i se creeze o experiență plăcută, să i se explice cu răbdare manoperele ce urmează a fi realizate, și nu în ultimul rând să i se dea ocazia de a pune întrebări, de a conversa cu el, sau chiar doar de a asculta ce are de spus, chiar dacă, de multe ori, ceea ce spune nu are legătură cu tratamentul stomatologic. Și aceasta deoarece, la acest moment dat, primează crearea unei conexiuni de calitate cu pacientul copil, care să-i permită să se obișnuiască cu cabinetul dentar, cu medicul, dar și cu tot fluxul nou de informații, care, odată explicate, îi vor scădea starea de frică, disconfort sau anxietate. Mai apoi, desigur, pentru a realiza o colaborare de calitate pe termen lung, crearea unei legături empatice devine cheia unui tratament de succes.

Abordarea pacientului pediatric a cunoscut în ultimii ani o puternică îmbunătățire și adaptare la nevoile acestuia, aflate în permanentă schimbare. Se pune accent tot mai mare pe introducerea micului pacient în lumea medicinei dentare într-o manieră cât mai prietenoasă, prin intermediul jocului. De altfel, încă de la primele vizite ale pacientului copil, alături de părinte, acestuia i se fac, în scop de încurajare, asocieri a pieselor de mână cu elemente din natură (de exemplu, turbina este denumită „albinuță”, iar piesa contra-unghi este numită „bondărel”, aspiratorul este numit „elefanțel”). Mai mult decât atât, s-au dezvoltat chiar o serie de clinici dentare cu abordare terapeutică ținută pe categoria de pacienți copii, care

utilizează un decor dedicat, prin intermediul căruia micii pacienți sunt introduși în lumea desenelor animate, a jocurilor preferate sau în cea a super-eroilor preferați. Există chiar și clinici care au colaborări cu animatori costumați în personaje, cum ar fi, de exemplu, Zâna Măseluță.

Pe de altă parte, tehnologia a venit și ea cu soluții privind, mai ales, cazurile medicale complicate la copii, unde sunt necesare tratamente multiple și extinse, fiind totodată necesar și să se scadă atât cantitatea de anestezic administrată, cât și gradul ridicat de anxietate la care ar fi supus pacientul. Se utilizează în acest scop inhalosedarea, adaptată nevoilor corespunzătoare vârstei.

Nu cu mulți ani în urmă a apărut o nouă specialitate, respectiv Pedodonția, cu rolul de a furniza tratamente individualizate, de mai bună calitate, specifice nevoilor pacientului aflat în etapa copilăriei. Aceasta este o dovadă în plus că abordarea pacientului în medicina dentară se află într-un amplu proces de transformare și îmbunătățire permanentă.

Momentul de primire al urgențelor dentare este, de asemenea, un moment critic în relația medicului dentist cu pacientul. În acest moment pacientul are un grad ridicat de teamă, anxietate și durere fizică, dar, în același timp, este constrâns de împrejurări să treacă peste posibila lipsă de încredere în medicul căruia i se adresează. Este și momentul în care, de cele mai multe ori, pacientul își dorește să comunice mai mult decât într-o situație normală, simte nevoia de mai multe informații din partea medicului, are nevoie de mai multă siguranță, sau are nevoie să fie ascultat mai mult decât de obicei. Acesta reprezintă tocmai momentul în care medicul trebuie să vină în întâmpinarea nevoilor medicale somatice ale bolnavului, dar să și dea totodată importanța necesară nevoilor sale psiho-emoționale. Este important ca el să asculte ce are pacientul de comunicat, să nu îl grăbească, să arate compasiune și înțelegere pentru suferința prin care trece acesta. Tratamentul de succes se definește în aceste situații prin înlăturarea durerii fizice dentare, asociat cu alinarea suferinței emoționale provocate de aceasta. Odată depășit cu succes acest moment critic, pacientul se va adresa în continuare cu o mai mare ușurință pentru rezolvarea celorlalte probleme stomatologice, și cu un grad înalt de încredere. De altfel, momentele delicate depășite cu succes fac ca pacientul să recomande ulterior respectivul medic și apropiaților lui, făcând-o din considerente atât medicale cât și emoționale.

În rândul pacienților adolescenți, componenta psiho-emoțională ocupă chiar o mai mare parte din managementul suferinței în cabinetul de medicină dentară. Preadolescenții și adolescenții zilelor noastre suportă, pe lângă valul de schimbări de ordin hormonal și emoțional prin care trec oricum, o puternică influență din partea social-media, a realității virtuale sau, mai nou, chiar a realității augmentate.

Rețelele de socializare ca Facebook, Instagram sau Tik-Tok, au o puternică *influență* asupra perspectivei vieții, dar și asupra percepției proprii persoane. Trăim era unor noi și interesante „meserii”, cum ar fi chiar cea de *influencer*, care „produce” repere pentru dezvoltarea tinerilor. Având extrem de mulți adepți (*followers*) aceștia au puterea de a porni adevărate *trend*-uri, nu doar de ordin estetic, ci și ca stil de viață și gândire. Din păcate însă, a fost constatată o serie de nenumărate efecte negative a petrecerii de timp îndelungat în mediul virtual. Adolescenții devin mai izolați, comunică verbal mai puțin, dar au și predispoziție crescută spre anxietate sau chiar depresie. Presiunea constantă a rețelilor de socializare de a se compara cu o realitate virtuală alterată, în care totul este prezentat ca fiind ideal, perfect, impecabil, îi face pe acești tineri să respingă, mai mult sau mai puțin, realitatea imperfectă în care trăim. Îi face tot mai puțin adaptabili, le scade spiritul de inițiativă și, într-un grad alarmant, încrederea în sine. Anterior acestora era așa-numita generație „emo”, termenul sugerând tocmai gradul ridicat de sensibilitate și fragilitate emoțională a tinerilor acelor ani, corelate direct cu timpul crescut petrecut pe dispozitivele electronice, respectiv în lumea jocurilor virtuale.

Iată de ce această categorie de pacienți reprezintă o categorie aparte în abordarea clinică stomatologică, cu nevoi speciale, specifice și în continuă schimbare. Problemele cu care se confrunta medicii dentiști în abordarea acestor pacienți pot fi legate de calitatea comunicării, dar și de imaginea puternic alterată de sine pe care o au tinerii. Comparația cu modelele dominante în social-media îi face să dorească modificări nenaturale, care să îi facă să semene cât mai mult cu idolii lor. Cu un accent tot mai mare pe aspectul estetic, acești pacienți cer „dantura perfectă”, „zâmbet de Hollywood”, sau chiar specifică explicit faptul că doresc să aibă zâmbetul identic cu al idolului lor.

Abordarea lor este delicată și dificilă. Îmi amintesc un consult la care, deoarece această cerință a pacientului m-a determinat să zâmbesc, acesta s-a simțit ofensat și a părăsit cabinetul de medicină dentară. Este necesar ca și acești pacienți să fie de asemenea ascultați, pentru a înțelege de unde pornesc anumite cerințe atipice, ce anume i-a determinat să ceară un anume detaliu în tratamentul pe care îl doresc, mai ales atunci când acest tratament este de ordin estetic.

Aceleași probleme sunt întâlnite și în tratamentul adulților care, la rândul lor, au cerințe estetice tot mai ridicate. De aceea, și în această direcție, tehnologia medicală aflată într-o continuă dezvoltare a venit în întâmpinarea cerințelor pacientului modern cu soluții concrete. Astfel, pacientul cu cerințe de ordin estetic are posibilitatea de a vedea încă de la început rezultatul final, înainte ca dinții săi să fie atinși de orice instrument dentar.

Aceste posibilități de previzualizare sunt atât electronice, prin sisteme digitale ca Digital Smile Design, cât și clinice, prin tehnicile de wax-up și mock-up. Mai exact, pacientului i se iau amprente dentale, iar pe modelul de studiu tehnicianul dentar prefigurează în ceară o propunere de tratament estetic, în raport cu cerințele pacientului și ale medicului (wax-up). Acest wax-up este apoi amprentat, iar în amprenta se introduce material provizoriu, și apoi este introdusă în cavitatea orală a pacientului. Astfel se transferă în cavitatea orală o *variantă* de tratament, pacientul având posibilitatea de a vedea cum va arăta noul său zâmbet. Această etapă permite, de asemenea, o discuție concretă cu medicul în raport cu ceea ce vede și cu așteptările pacientului, poate fi ocazia validării planului de tratament de către pacient, sau dimpotrivă, al refuzului. Permite de asemenea cererea și realizarea de modificări, mult mai ușor de realizat datorită vizualizării directe a acestora.

Nu în ultimul rând, pacienții adulți vin la medicul dentist cu un bagaj emoțional propriu, cu temeri și angoase acumulate uneori de-a lungul întregii vieți. În plus, ritmul vieții cotidiene devine tot mai alert, în paralel cu dezvoltarea tehnologiei, comparativ cu stilul de viață al părinților și bunicilor noștri. Programul zilnic devine tot mai încărcat, contra cronometru, în timp ce boala secolului, după nenumărați autori, este stresul.

Există și categoria de pacienți care sunt prea stresați și anxioși pentru a-și putea face cunoscute aceste stări atunci când se prezintă la tratament. Nu o dată s-a întâmplat ca pacientul venit în urgență să nu exprime teamă, iar după încheierea ședinței de terapie să se confeseze cu privire la sentimentele care l-au încercat anterior, a curajului de care a avut nevoie pentru a se prezenta la cabinet, sau cu privire la antecedentele nefericite din istoricul de tratament stomatologic.

Raportat la repartizarea pe sexe, din experiența personală constat un mai mare grad de anxietate la pacienții de gen masculin, majoritatea femeilor mature folosind ca reper alte dureri suportate de-a lungul vieții, adesea cea din timpul nașterii, comparativ cu care durerea de origine dentară fiind net inferioară.

În sprijinul acestor stări atât de diverse pe care le pot experimenta pacienții în cabinetul de medicină dentară, au început să se utilizeze și tehnici de relaxare din afara acestei sfere, cum ar fi hipnoza. Pe lângă inhalosedare, aceste tehnici vin în completarea aptitudinilor psiho-sociale ale medicului, și a capacității sale de a relaxa pacientul pentru a-l ajuta să depășească cu bine momentele critice de anxietate sau eventualele atacuri de panică. Astfel, pe lângă toate îmbunătățirile tehnologice care survin în mod continuu în medicina dentară, medicii dentiști din prezent lucrează în paralel la o permanentă adaptare la nevoile mereu în schimbare

ale pacientului contemporan, componenta psiho-socială a acestei profesii devenind din ce în ce mai importantă.

Bibliografie

00. Rosti, G. (2017). „Role of narrative-based medicine in proper patient assessment”. *Supportive Care in Cancer*. 25 (Suppl 1): 3–6.
0. „Narrative Medicine | NYU School of Law”. www.law.nyu.edu. Retrieved 2016-03-01.
1. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review M. M. Milota, G. J. M. W. van Thiel, and J. J. M. van Delden *Medical Teacher* 2019, VOL. 41, NO. 7, 802-810.
2. Initiating narrative medicine into dental education: Opportunity, change, and challenge, Yung-Kai Huang, Yi-Tzu Chen, Yu-Chao Chang, *Journal of the Formosan Medical Association* 120(2021):2191-2194.
3. Sihota J, Shannon S, Bhattacharyya A. History taking. In: Charlton R, editor. *Learning to consult*. Abington, UK: Radcliffe Publishing; 2007. pp. 10–28.
4. Myers KR. A perspective on the role of stories as a mechanism of meta-healing. In: Rudnytsky PL, Charon R, editors. *Psychoanalysis and narrative medicine*. Albany, NY: State University of New York Press; 2008. pp. 199–208.
5. Gawande A. *Being mortal. Illness, medicine and what matters in the end*. London, UK: Profile Books; 2014.
6. Charon R. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
7. Charon R. Narrative medicine as witness for the self-telling body. *J Appl Commun Res*. 2009;37(2):118–31.
8. What is narrative-based medicine?: Narrative-based medicine 1, George Zaharias, *Can Fam Physician*. 2018 Mar; 64(3): 176–180.

Dincolo de boală.

Întâlnirea medicului cu pacientul

BOGDANA MICLEA

I.

O bătaie scurtă în ușa cabinetului anunță venirea următorului pacient. În încăpere intră o femeie tânără însoțită de un băiețel. Femeia se așază pe un scaun, în fața geamului. Mă privește cu îngrijorare în timp ce îmi povestește despre copilul ei de 3 ani, care încă nu vorbește. Privirea copilului alunecă prin cameră, peste mese, scaune, jucării, persoane. Nu se oprește nici când mama îl strigă pe nume, alunecă în continuare ca și când nu ar fi auzit sau nu îl interesează. Îi arăt o jucărie colorată, el o ia în mână, o răsucesce, apoi o lasă jos, însă în ochii mei tot nu se uită. Umblă pe vârfuri, se mișcă fără stare dintr-o parte în alta, scoate sunete ca un ciripit fără să spună cuvinte cu sens, zâmbește la ceva numai de el știut. Discut puțin cu mama despre sarcină, nașterea copilului, dezvoltarea lui ulterioară. E clar diagnosticul: autism – a fost clar aproape de când au intrat cei doi în cabinet.

Întreb în continuare despre copil, părinți, familie. Mama îmi relatează observațiile ei, temerile, încercările ei și ale soțului de a explica și rezolva problemele copilului. Nu sunt pentru prima dată la medic. La început, le-a atras atenția mai ales faptul că copilul nu vorbește, au așteptat și au sperat că se va „porni singur”, dar nu a fost așa.

Cu aproximativ un an în urmă s-a pus pentru prima dată diagnosticul. Au fost devastați, nu le-a venit să creadă, tatăl, mai ales, nu a acceptat. Au cerut altă părere, apoi alta, și alta. Au început totuși un tratament, aproape zilnic copilul avea întâlnire cu un terapeut. Părinților le-a fost tot mai greu să găsească banii, timpul și energia pentru toate. În familie au apărut tensiuni, conflicte, iar, la un moment dat, bărbatul a anunțat că vrea să divorțeze. Acum au trecut deja 3 luni de la separare. Mama a rămas cu copilul și se ocupă de el singură, aproape în permanență. A renunțat la servicii pentru a putea sta cu el. Cu banii se descurcă greu, o mai ajută părinții și fostul soț.

Îi confirm diagnosticul deja știut, îi dau câteva sfaturi referitoare la tratament, o încurajez să vadă micile progrese. Cei doi pleacă iar eu notez în fișă

datele obținute. Îmi trece fugăr prin minte că sunt tot mai multe cazuri de autism, că e greu pentru familie, că prognosticul e prost. Nu mă opresc prea mult la gândurile acestea, mă uit la ceas, ce târziu s-a făcut!

O nouă bătaie în ușă, de data aceasta intră un bărbat cu fiul său adolescent. Se așază pe scaunul de la geam, cu băiatul alături. Copilul privește în pământ și, din când în când, cu coada ochiului la mine...

II.

Întâlniri asemănătoare ar putea fi relatate de mulți alți medici care se ocupă de psihiatria copilului și adolescentului. În alte specialități, întrevederile cu pacienții sunt și mai succinte, dialogul redus, atenția orientată spre date clinice specifice. În munca noastră, ne aflăm în poziția celui care ascultă și cercetează suferința bolnavilor și aplicăm un mod de înțelegere a patologiei pe care l-am învățat și l-am deprins de-a lungul pregătirii noastre. Între numele bolii și tabloul clinic legătura a fost deja creată, persoana din fața noastră doar o întruchipează. Caz după caz ni se perindă prin față oameni cu diverse semne, simptome și istorii de boală, iar noi punem totul laolaltă pentru a da apoi un verdict, a găsi o cauză, a trata sau alina pe cât posibil suferința.

Atunci, să fii medic înseamnă să stăpânești o sumă de informații despre funcționarea corpului și psihicului omenesc, să le încadrezi într-o teoretizare și un mecanism fizio-patologic, pentru a îndruma apoi pacientul spre un tratament, fie el chirurgical, farmacologic sau constând în măsuri psiho-sociale, astfel încât starea de sănătate să se reia?

E suficient să folosești datele furnizate de știință spre binele omului bolnav? Sau e ceva mai mult când alegi să fii alături de un alt om aflat în suferință, să îl întrebi ce îl doare, cum și când îl doare, să pui mâna pe corpul lui, în corpul lui, să îi studiezi sângele, urina și alte lichide, să îi asculți bătăile inimii și respirația, să îi cercetezi organele și activitatea lor, alcătuirea lui genetică, corpul întreg în structura și funcția lui, să îl întrebi pe el, sau pe cei apropiați, despre ce simte sau gândește, ce face, visează și imaginează, ce își amintește și ce intenționează să facă în viitor, de ce se teme, ce își dorește și cum vede el lumea, pe sine însuși și pe ceilalți, cum a crescut și cum s-a dezvoltat, cum sunt părinții, prietenii, casa lui, viața lui. O asemenea incursiune nu poate să rămână una pur tehnică, nici chiar atunci când ni se solicită aceasta de către pacientul însuși.

Modelul actual general acceptat pentru înțelegerea bolii este cel bio-psiho-social¹. La nivel declarativ este recunoscută, prin urmare, multidimensionalitatea

¹ Engel G. L. (1977). „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136.

bolii și factorii variați care contribuie la apariția ei. Cu toate acestea, în fața pacientului, în ce măsură ne raportăm la toate acestea cu adevărat, fără să cădem în scheme stereotipe de gândire clinică, în interogații ținute asupra patologiei suspicionate care nu mai reușește să fie dublate de întrebări care invită pacientul să ne spună date intime despre desfășurarea bolii, despre ce a declanșat-o, ce o întreține și ce consecințe are, sau, mai general, despre suferința, dorințele lui sau contextul de ansamblu al vieții sale.

S-a observat de ceva timp deja că o mare parte din medicii de astăzi au devenit niște buni tehnicieni, experți în patologia care îi interesează, dar cu o carență în relaționarea cu pacientul luat ca ființă umană în totalitatea ei, de care nu știu, nu au timp sau nu doresc să se ocupe prea insistent. Aceasta ar fi ceva de prisos și, mai degrabă, ceva ce încurcă, sau reduce, obiectivitatea actului medical².

În relația medic-pacient, deși se păstrează la nivel formal dezideratul atitudinii empatică de neutralitate binevoitoare a medicului, se insinuează într-un ritm accelerat tendința de soluționare rapidă, cost-eficientă a problemelor medicale pe care pacienții le au, tendință încurajată, de altfel, și de către instituțiile care ne reglementează activitatea profesională.

Orientarea aceasta, pronunțat pragmatică, nu se limitează însă la medici și instituții medicale, una similară se remarcă și în rândul societății, a opiniei publice, și, în final, a pacienților înșiși. Chiar și aceștia solicită o rezolvare rapidă, specifică și ținută, a afecțiunii lor. Suferința este explicată circumscris, făcând apel la defecte de structură sau funcționare a organelor și adesea nu mai este privită ca ceva ce cuprinde omul întreg, cu lumea lui cu tot. Ideea de profesionalism și expertiză este suprapusă peste acest model de rezolvare a unor probleme medicale.

Cu alte cuvinte, continuăm să spunem că medicina se ocupă de om și nu de boală dar ne purtăm, fie medici, fie pacienți, ca și cum boala ar fi independentă, o defecțiune în sistem care trebuie, corect și rapid, identificată și eliminată. În acest proces golit de subiectivism nu mai este loc de narațiuni libere și spontane iar poveștile de viață devin ceva derizoriu, de care nu se mai ocupă medicii care cer, în schimb, și cărora le sunt livrate, rezumate informative în care cuvintele de legătură sunt reduse la minimum. Pacienții ne furnizează informații, noi medicii le încadrăm într-un tipar cu ajutorul tehnologiei și a testelor standardizate, iar apoi le returnăm acestora tot un set de informații, într-o tranzacție medicală ce ocolește mereu subiectivitatea pacientului, dar și pe cea a medicului. Mai mult, elaborăm algoritmi medicali operați de calculator, în care interacțiunea umană este complet eliminată. În cele din urmă, boala devine o disfuncționalitate a unui sistem informatic căruia i se adresează alt sistem informatic pentru a o corecta.

² Kiefer, B. (2014). „La déshumanisation au cœur de la médecine”, *Rev Med Suisse* 2014; volume 0. no. 438, 1528-1528.

III.

Ca reacție la acest tehnicism dominant³, au apărut poziții care argumentează necesitatea practicării medicinei într-un mod mai apropiat de om, mai cald și mai generos. În medicina narativă suntem invitați la intersubiectivitate, suntem chemați să facem o re-orientare, adică o revenire spre ceea ce era considerat ca implicit actului de vindecare, nu cu foarte mult timp în urmă⁴. Să adăugăm raționamentului obiectiv ce pretinde rigoare și precizie, o componentă interumană fundamentală, însă, tocmai din acest motiv, mai greu de definit și încadrat conceptual.

Cred că este în concordanță cu experiența clinică a multor colegi observația că, atunci când suntem răbdători, calmi și atenți la omul bolnav din fața noastră, destul de liniștiți încât să ne deplasăm din poziția exclusiv rațională, ancorată în informații prestructurate și algoritmi medicali preciși, pacientul parcă ne *vorbește* mai direct, iar corpul și cuvintele sale sugerează cu un plus de claritate problema subiacentă. De asemenea, legăturile mentale se fac mai bine și mai rapid, iar aceasta nu doar pentru că este recunoscut un tablou clinic văzut în trecut, ci și pentru că se adaugă o înțelegere intuitivă ce o ia înaintea argumentelor. Această înțelegere este imperfectă, dar rămâne totuși foarte valoroasă deoarece orientează imediat ipotezele diagnostice și terapeutice într-o direcție ce va fi apoi rafinată, confirmată sau infirmată prin alte mijloace.

Omul nu e transparent, însă, într-o relație intersubiectivă cu el, și cu condiția de a nu ne bloca exclusiv în raționamente și a nu uita că acestea sunt necesare dar că ele rămân, totuși, doar ipoteze de lucru ce se pot schimba în timp, dacă lăsăm și încurajăm pacientul să povestească, atunci, la un moment dat, o deschidere se poate ivi. Între cei doi, între subiectivitatea medicului și cea a pacientului, opacitatea se reduce iar în transparența apărută are loc să se manifeste suferința mai amplu și mai explicit, fără să fie deformată de interpretări prea repede făcute, sau fără să fie forțată să intre într-o schemă îngustă ce nu o poate cuprinde.

În psihiatrie aceste aspecte sunt în mod particular pregnante deoarece în definiția bolilor psihice intră, în prezent, mai degrabă criterii descriptive, fără să putem prea des apela la investigații paraclinice doveditoare. Ține, prin urmare, și în mare parte, de talentul și de disponibilitatea clinicianului, care este capacitatea sa de a propune celui căruia i se adresează să vorbească despre suferința *lui* în povestea vieții *lui*, chiar și atunci când acesta intenționează să ne dea date succinte și uneori gata interpretate. E esențial să favorizăm deschiderea, adică declanșarea

³ Hofmann B, The technological invention of disease, *Medical Humanities* 2001; 27:10-19.

⁴ Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

unui proces de *curgere* spontană ce nu e limitat la cuvinte ci include gesturi și priviri cu sens, tonalități subtile ale discursului, recepționate de medicul care încurajează și susține fără a bara prea repede fluxul narațiunii povestitorului.

În anamneza pacientului, suscitată de medicul aflat în așteptare, căruia i se povestește și i se arată, se conturează prin, și printre, cuvinte suferința omului ce se adresează altui om care se întâmplă să aibă în plus un bagaj de cunoștințe medicale. Acestea singure au însă putere redusă. Alinarea suferinței se produce mai repede și mai bine dacă medicul e receptiv înainte de toate, permițând exprimarea durerii și a dorinței pacientului, și abia apoi, într-un moment secund, concluzionează, îndrumă și intervine.

Gândirea structurată singură, dialogul ce păstrează doar elementul de primire și transmitere a unor informații, privează pacientul de dimensiunea simbolică a relației cu celălalt și de ocazia de a iniția un proces complex și îndelungat prin care se încearcă chiar recuperarea deficitului fundamental de subiectivitate ce caracterizează o bună parte din persoanele cu patologie psihică. Întâlnirea cu subiectivitatea medicului poate constitui un element prețios ce poate fi ratat dacă se rămâne într-un plan pur intelectual.

A fi medic presupune, în consecință, o dublă deschidere: spre date științifice exacte, spre proceduri și tehnici medicale aplicate cu măiestrie și îndemânare, dar și spre componenta relațională interumană care funcționează nu doar în completarea celeilalte ci și fundamentează actul de vindecare, îl ancorează în realitatea vieții pacientului, cu efect curativ intrinsec.

Bibliografie

1. Charon, Rita, *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*, New York: Oxford University Press, 2006.
2. Engel, L. George, „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, *Science*, 1977 (196), pp. 129-136.
3. Hofmann, Bjørn, „The technological invention of disease”, în *Medical Humanities*, 2001 (27), pp. 10-19.
4. Kiefer, Bertrand, „La déshumanisation au cœur de la médecine”, *Revue Médicale Suisse*, 2014 (438), p. 1528.

4.

DOSAR:

CE ÎNSEAMNĂ SĂ FII MEDIC AZI?

• ANDREA-AUGUSTA NEMEȘ •

Profesia de medic este pentru mine, în primul rând, o mare onoare. Onoarea unei transmisiuni din familie, ca genetică și model de creștere, dar și onoarea unei alegeri făcută în nume propriu, într-un moment din viață presărat cu provocări și dificultăți.

Ești atât de tânăr când iei o decizie atât de mare – să faci carieră în medicină! Ai doar o vagă idee despre ce va însemna, până la urmă, viața de medic... ți se povestește despre responsabilitate, sacrificiu personal, studiu intens și continuu dar, atunci, la 18 ani nu știi, nici pe departe, ce te așteaptă cu adevărat odată cu această alegere. Și totuși, undeva în profunzimile sufletului tău, simți, că asta este ceea ce urmează să faci, simți chemarea, simți o determinare atât de puternică, ceva care te ghidează și până la urmă știi cu certitudine că acesta este destinul tău.

Cred că în alegerea pe care am făcut-o eu au fost extrem de importante și primele momente de contact cu lumea medicală și emoțiile pe care aceste momente le-au generat sufletului meu.

Îmi amintesc și acum, ca prin vis, zilele de vacanță de vară, când abia așteptam să merg la cabinetul de consultații al tatălui meu, în spital, pentru a-l vedea cum consultă oamenii aflați în suferință, cum îi ascultă plin de empatie și le oferea tuturor o alinare. Mi se părea o adevărată minune ce se întâmpla acolo. Eram fascinată de tot procesul care se desfășura între acei patru pereți albi... priveam oamenii care veneau să fie consultați de tatăl meu și chiar dacă nu înțelegeam prea multe atunci, remarcam recunoștința din ochii lor și speranța că suferințele lor vor fi atenuate, că viața lor va fi mai bună.

Știam pe atunci că tatăl meu este „doctor de suflete” – medic psihiatru – și în sinea mea înțelegeam că această profesie este una deosebită, prin aplecarea pe care o ai față de oameni, prin capacitatea de empatie, înțelegere, răbdare și prin luptă, uneori cu resurse minime, pentru a ajuta pacientul să se simtă mai bine cu propria lui viață. Trebuie să recunosc că momentele petrecute în cabinetul tatălui meu au fost determinante în alegerea profesiei pentru mine. În același timp, îmi amintesc cât de mândră eram de el, copil fiind, venind la el în vizită la spital, plimbându-mă de mână pe coridoarele lungi și albe, făcându-mi cunoștință cu colegi de-ai lui, auzind lumea vorbind atât de frumos despre el... pentru mine spitalul nu era un echivalent al suferinței, din contră: vedeam în acea clădire persoana tatălui meu care dă tot ce are el mai bun în propria ființă pentru a-i ajuta pe ceilalți oameni... eram convinsă că cei care îi cer ajutorul sunt pe mâini bune și că el se străduiește în fiecare moment să ia cele mai bune decizii medicale pentru a le ușura boala psihică.

În același timp și acasă era o mică lume a psihiatriei – o bibliotecă plină cu cărți de specialitate, cărți groase, maiestuoase, cu coperti colorate, interesante pentru privirea mea de copil, din care tata se documenta tot timpul; îl vedeam adeseori, după-amiezile, cufundat în lectura tratatelor lui, ale căror titluri le-am deslușit când am învățat și eu să citesc: de la *Neuroanatomie* până la *Interpretarea viselor* toate păreau fascinante. Sentimentul era că abia aștept să cresc pentru a putea înțelege ce anume ascund în interiorul lor acele cărți impresionante din biblioteca noastră.

Îmi dădeam seama deja la vârsta aceea că există și sacrificii multe pe care le presupune profesia tatălui meu – timpul petrecut cu noi depindea într-o mare măsură de solicitările de la spital, de urgențe, de gărzile lui... erau momente când primea pacienții și familiile acestora chiar la noi acasă, pentru a stinge un moment de criză, pentru o oferi un sfat sau o îndrumare și, din nou, pentru a alina suferința. Am înțeles că profesia era o parte extrem de importantă din persoana lui și nu putea fi limitată doar la lumea spitalului. Era medic psihiatru tot timpul, iar această fațetă intra în acțiune oricând era nevoie de el pe poziția aceasta. Și știam că acest lucru nu este ușor nici pentru el... nu era ușor nici pentru noi; timpul petrecut în familie putea fi oricând întrerupt de urgențele care apăreau din partea profesională – era o datorie față de profesie și față de pacienții lui, care prima. Și nu poți cu adevărat înțelege acest lucru numai odată ce treci și tu printr-o experiență similară. Se spune că halatul trebuie să îl lași la spital în momentul în care ai terminat ziua de muncă... dar, oare, dacă e să fim cu adevărat sinceri față de noi înșine, în ce măsură reușim de fiecare dată acest lucru?

Acum, după ani și ani, înțeleg de pe cu totul altă poziție viața tatălui meu... Pe el l-am pierdut când eram în clasa a-IX-a la liceu și am simțit că au rămas atât de multe lucruri neîmpărtășite, atât de multe discuții nepurtate... și, cu toate acestea, el a reușit să îmi transmită, prin felul lui de-a fi, adevărata dragoste față de oameni și față de profesia aceasta minunată.

Apoi, au urmat niște ani în care m-am convins că vreau să fac cu totul altceva în viață. Eram la liceu într-o clasă cu profil matematică-informatică intensiv și, rațional vorbind, îmi aduceam toate argumentele că voi urma studii în domeniul tehnic și, ulterior, o carieră cel mai probabil în domeniul IT. Aceasta până când, în clasa a-XI-a, inevitabil, am întâlnit anatomia umană care se studia în cadrul orelor de biologie și a fost redescoperirea unei mari iubiri care, de fapt, a fost dintotdeauna acolo. Nu a durat mult până ca decizia să fie luată: „voi da la medicină!”. Și, din acel moment, nimic nu mi s-a părut de nesurmontat. Da, a fost dificil, într-adevăr, să mă pregătesc pentru facultate, a fost mult efort depus și au fost multe sacrificii, dar lucrurile au decurs atât de natural și firesc încât nimic nu era prea greu. Am intrat cu succes din prima încercare și am fost bursieră pe tot timpul facultății. Am simțit în fiecare moment că această profesie este o vocație

pentru mine și niciodată nu m-am îndoit că este ceea ce îmi doresc să practic pentru toată viața.

Alegerea specialității am făcut-o în ultimul an de facultate, dar am conștientizat că era acolo dintotdeauna. Chiar dacă au fost perioade, în timpul facultății, când cochetam cu alte alegeri, în anul șase, atunci când am parcurs modulul de psihiatrie, am știut că alegerea era demult făcută în sufletul meu. Au trecut zece ani de atunci, dar pentru mine psihiatria a rămas la fel de provocatoare, la fel de fascinantă ca în prima zi de rezidențiat. Știu, cu siguranță, că nu mi-aș dori să practic altă specialitate; aș putea, dar sigur nu mi-aș dori. Am completat aprofundarea psihiatriei cu o formare în psihoterapia pozitivă și una în hipnoza eriksoniană, iar în prezent cochetez cu psihanaliza lacaniană, lucru care a dat și mai multă complexitate cunoașterii deja dobândite pe parcursul rezidențiatului în psihiatrie.

După absolvirea examenului de specialitate am dat concurs la București pentru a ocupa un post de medic psihiatru la Penitenciarul cu regim de maximă siguranță din Gherla. A fost un concurs pe care l-am promovat cu bine, urmat de o perioadă extrem de interesantă în care am profesat ca medic psihiatru de penitenciar. Pot afirma că pentru mine a fost o experiență de maturizare profesională, cu mari provocări, din care am învățat extrem de multe. Nu a fost ușor de trăit nici ca experiență umană: să dai față în față cu un sistem total diferit față de tot ce cunoșteai până atunci; mediul penitenciar, cu toate particularitățile lui, ca o enclavă cu reguli proprii, cu anumite tipologii umane, cu o dinamică particulară a relațiilor interumane. Extrem de interesant a fost să aduc psihiatria, cunoștințele mele profesionale, dar și personalitatea mea în interiorul unui penitenciar cu măsuri de maximă siguranță, iar acolo să reușesc să le valorific astfel încât activitatea mea să fie vizibilă și să aducă plusvaloare.

După experiența ca medic de penitenciar a urmat un concurs pentru ocuparea unui post de medic psihiatru în cadrul Spitalului Clinic Militar de Urgență Cluj-Napoca, moment care m-a adus, de fapt, în poziția în care mă aflu în acest moment în cariera mea. După intrarea inițială ca medic civil în sistem, am promovat examenul pentru ocuparea postului de șef compartiment psihiatrie, post de medic militar, care a adus cu sine responsabilități suplimentare, dar și un mare sentiment de onoare și împlinire profesională.

Și, de fapt, revenind la întrebarea care deschide dosarul – *Ce înseamnă să fii medic azi?* – aș vrea să vă împărtășesc faptul că iubirea față de această nobilă profesie a rămas constantă, ca un fir roșu al întregului meu parcurs profesional. Da, sunt zile în care simt că a fi medic înseamnă, de fapt, o luptă continuă – o luptă cu un sistem de sănătate departe de perfecțiune, un sistem extrem de birocratizat, care te îndepărtează de multe ori de pacienți.

Este, de asemenea, o luptă cu *timpul* pe care îl putem aloca pacienților noștri, fiind permanent presați de efectuarea unei anumite norme: pe zi, pe lună, pe an,

presăși de realizarea unui anumit contract cu casele de asigurări etc. ... lucrăm pe baricade, prinși până peste limite între formulare, registre, protocoale, rapoarte, proceduri, rețete, scrisori, referate medicale, ne acoperim de foi de toate felurile și, totuși, printre toate acestea, ne străduim, de multe ori cu sacrificiu personal, să alocăm timp suficient pacientului din fața noastră.

Mai mult decât în oricare altă specialitate medicală, în psihiatrie pacientul nostru are nevoie de timp – timp să ne împărtășească cele mai delicate probleme cu care se confruntă, timp să poată explica în detaliu stările sufletești care îl încearcă, timp să înțeleagă diagnosticul pe care i-l stabilim și tratamentul care trebuie urmat pentru ca starea lui să se îmbunătățească.

Criza de timp este extrem de periculoasă pentru psihiatrie. De cele mai multe ori nu deținem metode de investigații paraclinice, care să fie decidente pentru a stabili cu certitudine un diagnostic psihiatric. Resursa cea mai importantă pentru noi, pentru a reuși să ajungem la un diagnostic corect este dialogul (anamneza) cu pacientul și cu aparținătorii acestuia, dialog, de multe ori, imprevizibil și provocator. De asemenea, vom avea nevoie de timp și ulterior, pentru conducerea unui tratament adecvat, pentru întărirea complianței terapeutice, pentru monitorizarea periodică a pacientului, astfel încât să ne asigurăm de eficacitatea întregului demers medical.

O altă provocare specifică psihiatriei o reprezintă stigmatizarea la care sunt expuși pacienții noștri, dificultatea lumii de a înțelege boala psihică, multitudinea de mituri populare și prejudecăți care fac mult rău, îi izolează pe pacienți, îi marginalizează, îi scot din societate. Ca medic psihiatru ești dator să lupți cu stigmatul care planează asupra bolii psihice, prin informarea și sensibilizarea oamenilor, începând cu familia și aparținătorii pacientului, și terminând cu populația generală.

Momentul în care un pacient cu suferință psihică intră în cabinetul tău este unul încărcat de responsabilitate: devii responsabil pentru a asculta cu căldură și empatie tot ce are pacientul să îți transmită, faci tot posibilul să conduci anamneza astfel încât diagnosticul să devină clar, stabilești un plan de investigații suplimentare, iar apoi recomanzi un tratament cât mai individualizat pentru nevoile pacientului din fața ta. Și, în același timp, devii responsabil pentru a-ți păstra o poziție cât mai obiectivă – lumea ta interioară este ținută la distanță de ceea ce se întâmplă în cabinet, pentru a nu interveni abuziv subiectivitatea în actul terapeutic și pentru a nu permite suferințelor pe care pacientul le revarsă să te afecteze într-un mod personal.

Să fii medic psihiatru înseamnă dăruire, înseamnă să iubești oamenii, să crezi în ei, să fii empatic, să știi să ascuți, să fii răbdător și atent cu sufletul pacientului din fața ta, să fii deschis, să nu judeci, să înțelegi, să oferi sprijin necondiționat.

• LUCIAN MUREȘAN •

Textul de mai jos reprezintă opinia personală a unui medic angajat în sistemul de sănătate public din Franța, cu experiență în acest sistem de 7 ani. Este probabil corectă în anumite aspecte și eronată în altele. Nu pretinde a reprezenta adevărul absolut, iar modul de percepție și prezentare a anumitor detalii se poate dovedi inexact odată cu trecerea timpului.

Autorul

Societatea are nevoie de medici. E de la sine înțeles acest lucru. Valorile cu care această meserie este asociată ne sunt inoculate încă de la o vârstă tânără de către părinți, educatori și prieteni, cărora la rândul lor le-au fost inoculate de către generațiile anterioare. Învățăm de mici că „a-i ajuta pe ceilalți, înseamnă să te ajuți pe tine însuși”. „Medicina este știința și conștiința, încălzite de iubire față de oameni”, spunea Iuliu Hațieganu. Cu toții sunt(em) de acord de veridicitatea acestor afirmații și le apreciem la adevărata lor „valoare”. Dar oare acest punct de vedere empatic, mai este el actual?

Este adevărat că printre altele, meseria de medic conferă un anumit statut în societate, statut privilegiat, de altfel, și văzut cu ochi buni de către majoritatea dintre noi, întrucât se asociază cu un anumit grad de cultură, inteligență, sacrificiu pentru semenii și timp dedicat reducerii suferinței umane. Toate aceste lucruri ar trebui să motiveze (încă) generațiile tinere să aleagă o astfel de carieră. Însă, din câte vedem la ora actuală, în Europa de Vest și SUA, situația stă tocmai pe dos. Din ce în ce mai puțini tineri aleg meseria de medic. Un raport recent al Asociației Colegiilor Medicale Americane a estimat o penurie de 42.600 – 121.300 de medici până în 2030, în creștere față de deficitul estimat în 2017, de 40.800 – 104.900 de medici. De ce? Nu există un răspuns unic. Explicații ar fi numeroase, unele mai mult, altele mai puțin concrete. Însă anumite aspecte ar trebui luate în considerare când încercăm să înțelegem ce se află în spatele acestor date. Aș menționa: 1. timpul prelungit petrecut de către medic în spital; 2. aspirațiile financiare actuale ale tinerilor; 3. volumul mare de cunoștințe pe care un medic trebuie să îl stăpânească la ora actuală (mult mai mare astăzi decât pe vremea îndrumătorilor noștri); 4. stresul continuu și responsabilitatea asociată actului medical; și, nu în ultimul rând, 5. relația medic-pacient, mult diferită față de cea de acum 50 de ani. Să le luăm pe rând.

Franța: una dintre cele mai reprezentative țări ale Europei de Vest, singura țară din Europa în care programul oficial de muncă al unui salariat din sistemul public (aici fiind incluși și medicii din spitalele publice) este de 35 de ore pe săptămână. Acest lucru este reglementat de codul muncii. În România, programul oficial de muncă al unui salariat, reglementat tot de codul muncii, este de 40 de ore

pe săptămână. Grozav: deci în Franța se muncește mai puțin, și se plătește mai bine, nu? Hm....nu chiar.

Programul oficial de muncă al unui medic din sistemul sanitar de stat francez este 08:30 – 12:00, 14:00-18:30. Sau, altfel spus, 08:30 – 18:30, cu pauză de 2 ore la prânz. Foarte frumos și civilizat, dreptul oricărui om de a lua masa și de a se odihni la prânz e respectat. Dar dacă facem calculul, 3 ore jumătate plus 4 ore și jumătate fac 8 ore. Și săptămâna are 5 zile, deci $8 \times 5 = 40$ de ore. Cum rămâne cu cele 35 de ore de muncă pe săptămână? Un medic lucrează, deci, oficial 5 ore în plus pe săptămână față de numărul maxim de ore prevăzute de lege. Însă, efortul medicului nu trece neobservat, aceste ore suplimentare fiind contabilizate, și, la finalul anului, făcându-se totalul, medicii din sistemul de stat francez beneficiază de un număr de zile suplimentare numite „RTT – récupération du temps de travail”, adică „recuperarea timpului de muncă”, pe care și le pot lua, fie ca zile libere, fie pot cere compensarea lor financiară. Foarte corect și cinstit. Realitatea însă: depinde de la spital la spital (unele spitale nu sunt de acord cu acordarea de compensare financiară, întrucât au un deficit bugetar important). Deci se poate, atunci, să muncești peste norma legală iar la final să nu fii plătit? ...

Ce se întâmplă în pauza cotidiană între orele 12:00 și 14:00? Medicii pleacă acasă și revin odihniți, după masă și siestă? Da, unii, da. Însă nu toți. Ce se întâmplă cu medicii care lucrează pe secțiile de terapie intensivă, sau de urgență, unde internările sosesc la absolut orice oră din zi și din noapte, unde noțiunea de program fix este relativ utopică? Sau cu medicii din sălile de operație, unde intervenția începută la ora 10:30, care ar trebui să se termine la ora 12:00, se prelungește până la ora 14:30? E simplu: pauza nu există. Ceea ce înseamnă că programul de lucru pe ziua respectivă pentru medicul X se întinde de la 08:30 până la 18:30, fără pauză. Și asta în condițiile în care programul nu se termină întotdeauna la 18:30, tocmai din cauza internărilor neprevăzute sau a diverselor urgențe, care apar la ora 18:00, care prelungesc programul peste ora 18:30; sau a lucrurilor care nu au apucat să fie făcute în ziua respectivă, dar care nu pot aștepta ziua de mâine. Știu, în mod oficial, echipa de gardă preia sarcinile secției la ora când începe garda (de exemplu ora 18:30), însă, frecvent acest lucru nu e posibil, întrucât volumul de muncă restant la ora începerii gărzii este mult peste capacitatea de lucru a unui medic și a unui medic rezident, care încep garda. Adică, unui medic lucrează uneori peste 10 ore pe zi (uneori 12 – 14 ore), câteva zile pe săptămână. Este acest mod de lucru, cu depășirea frecventă a orelor de muncă, o excepție? Sau conducerea spitalelor publice este conștientă de acest aspect, însă, în acest mod reușesc să își acopere, cel puțin pe anumite secții, o zi întreagă de muncă (08:30 – 18:30), „respectând” timpul de muncă de 7 ore pe zi?

Însă, activitatea unui medic dintr-un spital public nu se încheie aici. Pe lângă programul zilnic de lucru, ar mai fi de adăugat gărzile, care prelungesc activitatea

în spital (ziua normală de muncă + garda) la 24 de ore. Însă, după 24 de ore de muncă, există o perioadă de repaus obligatorie, în care medicul pleacă de la spital și se odihnește. Nerespectarea acestei perioade de odihnă post-gardă poate avea consecințe legale importante, atât pentru spital, dar în special pentru medic (care, de exemplu, nu este acoperit de asigurarea de malpraxis pentru orice interacțiune cu pacientul în această perioadă. Există diverse portite pe care unele spitale cu deficit de personal le folosesc, pentru a-și asigura ceea ce ei numesc „*la continuité des soins*”, adică continuitatea îngrijirii pacienților, fără de care activitatea clinică nu poate exista, prin care medicii sunt reținuți în spital și în această perioadă post gardă, însă remunerați, ce e drept; însă nu despre acest lucru e vorba). Și ar mai fi de adăugat și perioadele de gărzi de la domiciliu, timp în care medicul poate fi apelat, pe timpul nopții, pentru a i se cere o părere legată de anumiți pacienți, iar dacă situația o impune, trebuie să se prezinte la spital în termen de maxim 20 de minute, pentru a îngriji pacientul. Și, pe lângă acestea, ar mai fi de adăugat și vizitele și contra-vizitele făcute în weekend, sâmbăta sau duminica, în funcție de modul de organizare a secției, timp petrecut tot în spital. La finalul săptămânii, cele 35 de ore de muncă sunt în realitate... mult mai numeroase.

În plus, în cazul apariției unor situații speciale, precum cea creată de pandemia COVID în anii 2020 și 2021, volumul de muncă devine și mai mare. Franța a reușit să mobilizeze resurse financiare și umane deloc neglijabile în lupta împotriva virusului Sars-Cov-2. În multe spitale publice, liniile de gardă au fost dublate în perioadele critice: o linie de gardă pentru pacienții COVID, o linie de gardă pentru pacienții non-COVID. Întrucât numărul de medici din spitale nu s-a dublat peste noapte, această muncă a însemnat efort suplimentar din partea medicilor și a întregului personal medical. Numărul de paturi alocate pacienților COVID a crescut (în detrimentul celorlalte patologii), s-au cumpărat ventilatoare suplimentare pentru asistarea respiratorie a pacienților critici. În unele orașe s-au instalat spitale militare de campanie. Franța a utilizat două linii feroviare pe care au circulat trenuri medicalizate, dedicate transportului pacienților pe axa est – vest și nord – sud, de la spitalele supraaglomerate la spitalele care mai aveau locuri libere. Elicopterele spitalelor au transportat, în disperare de cauză, pacienți în țările vecine : Elveția, Germania, Luxembourg.

Virusul Sars-Cov-2 nu a infectat doar pacienții, ci a îmbolnăvit și personalul medical. Cum au gestionat direcțiunile spitalelor această situație, a îmbolnăvirii personalului medical în această perioadă? Soluții miraculoase nu au fost. În spitalele unde nu s-a putut permite personalului medical să stea acasă 7, 10 sau 14 zile, pentru refacere, întrucât nu existau suficiente resurse umane pentru a-i înlocui, medicii au fost chemați la spital. Așa că personalul medical a lucrat fiind bolnav, îngrijind pacienții COVID pozitiv. „Rugămintea” venită din partea direcțiunii unor spitale a fost ca personalul medical bolnav, dar cu simptome

minime și cu temperatura sub 38,5°C, să se prezinte la locul de muncă. Și lumea a făcut-o fără prea multe obiecții. A posteriori, acest gen de decizie e atacabilă, însă era alternativă mai bună? Să stea acasă personalul medical, iar pacienții să fie tratați... de cine? De puținii medici și asistente sănătoase la ora respectivă, cărora li s-ar fi dublat sau triplat numărul de pacienți de tratat pe zi? Imposibil, mai ales în condițiile deficitului actual de personal medical din sistemul public.

Un alt aspect care nu îi atrage pe absolvenții de liceu să urmeze cariera de medic (cel puțin într-un spital public) este salariul, insuficient pentru aspirațiile lor, comparativ cu alte meserii care necesită mult mai puțin efort, dedicare, care au un grad mai redus de stres și responsabilitate, și care sunt compensate financiar mult mai bine. Ideea de „venit pasiv”, „principiul pareto” au prins rădăcini serioase în cadrul generațiilor tinere, care aleg alt tip de meserii, în detrimentul celei de medic, care aduc compensație financiară cu efort mult mai mic. După cum spunea Nassim Nicholas Taleb, există două tipuri de meserii. Prima este cea în care persoana care muncește este remunerată în funcție de numărul de ore muncite pe zi, categorie din care face parte și meseria de medic. Pentru această categorie, potențialul financiar la sfârșitul unei luni este limitat, întrucât, chiar și cu ore suplimentare remunerate, nu se poate depăși o anumită sumă, relativ constantă. A doua categorie de meserii e cea în care o persoană e remunerată nu în funcție de timpul efectiv pe care l-a petrecut muncind, ci în funcție de numărul de „tranzacții” efectuate (activ sau pasiv), sau de „articole” vândute. În această categorie de meserii, un articol vândut produce un profit X, însă 1000 de articole vândute produc de 1000 ori X. Potențialul (teoretic) al acestor meserii e nelimitat. Există, bineînțeles, dezavantaje mari la acest tip de meserii, însă, se pare că generațiile tinere preferă această a doua categorie, în detrimentul celei de medic, de exemplu.

Un alt aspect important și particular al meseriei de medic, în anul 2022, este volumul mare de cunoștințe pe care acesta trebuie să le stăpânească. Deși accesul la informație a fost facilitat semnificativ odată cu conectarea instituțiilor și a utilizatorilor privați la Internet, devine din ce în ce mai dificil să fii „expert” într-un anumit (sub)domeniu. Aceasta deoarece noi cunoștințe se adaugă în fiecare zi, iar cele deja existente sunt completate sau chiar modificate radical. În prezent, baza de date Medline, cea mai folosită de către comunitatea medicală, conține peste 33 de milioane de articole de specialitate, publicate în peste 30.000 de reviste. Numărul nou de articole medicale apărut în fiecare an este de 2,5 milioane. Conceptul de „inteligență artificială” se prefigurează ca fiind indispensabil în viitorul apropiat, însă, până la implementarea lui în practica clinică de zi cu zi, asimilarea cunoștințelor se face tot prin citit și punerea lor în aplicare tot prin timp petrecut la patul bolnavului. De menționat faptul că sentimentul de a nu stăpâni suficient cunoștințele din domeniul unde profesezi este generator de stres, atât „*per se*”, cât și prin prisma consecințelor (fizice, morale, legale) pe care acest lucru îl poate avea,

atât asupra pacientului, cât și asupra medicului. Mecanismele de coping împotriva stresului sunt individuale, însă niciunul din acestea nu este predat și învățat în facultate. Acest aspect conex al vieții medicale este învățat, mai mult sau mai puțin conștient, de către fiecare medic, în mod individual, din practica clinică. Și, din păcate, unele dintre ele sunt disfuncționale.

Principalele cunoștințe în diversele domenii medicale sunt sintetizate în „recomandări (ghiduri) de bună practică medicală”. Aceste documente, redactate de societățile medicale savante, și actualizate periodic, sumarizează principalele cunoștințe în domeniu legate de diagnosticul și tratamentul principalelor afecțiuni. Medicii trebuie să asimileze aceste cunoștințe, să știe modul în care trebuie să le pună în practică și să fie la curent cu ultimele noutăți. Acest mod de funcționare vine și cu avantaje, dar și cu dezavantaje. Principalul avantaj ar fi uniformizarea practicii medicale în epoca medicinei bazate pe dovezi, unde avem, pentru o largă paletă de examinări diagnostice, proceduri medicale și medicamente, dovezi experimentale și nu doar argumente de tip fiziopatogenetic. Dezavantajul ar fi „îngrădirea” practicii medicale și reducerea inițiativelor, care, în multe situații, de-a lungul timpului, au împins medicina mai departe. Necunoașterea și nepunerea în aplicare a acestor ghiduri de bună practică nu mai este compatibilă cu medicina modernă. Neaplicarea anumitor tratamente recomandate, soldate cu consecințe negative pentru pacient poate duce la acuzația de malpraxis, factor generator de stres pentru medici.

Relația medic-pacient la ora actuală este diferită de cea descrisă de Iuliu Hațieganu. Medicul este, în prezent, un profesionist care se servește de cunoștințele sale medicale pentru a îngriji pacientul cu mijloacele moderne de care beneficiază. Empatia medicului față de pacient este adesea percepută ca o formă de slăbiciune și neprofesionalism. Lipsa eficacității unui anumit tratament sau agravarea stării de sănătate a pacientului sub un anumit tratament prescris de medic este mult mai frecvent generatoare de plângeri și acțiuni juridice din partea pacientului decât în trecut. Respectul pacientului față de medic este în continuă scădere, criticile și nemulțumirile acestora exprimate direct, oral sau în scris, în creștere.

Și, atunci, cum este să fii medic în anul 2022? Atât Victor Frankl, cât și Jordan Peterson au dreptate când propun ca alegere a principalului sens al vieții lupta pentru reducerea suferinței umane. Acest lucru se poate identifica, în principiu, destul de bine cu meseria de medic. Însă, valorile societății moderne tind să se îndepărteze de cele tradiționale și să fie înlocuite de valori individuale, iar imaginea medicului care se sacrifică pentru pacienții săi, să nu mai fie actuală. Înseamnă acest lucru că generațiile tinere au dreptate atunci când nu mai aleg profesia de medic, și se îndreaptă spre alte meserii? Să decidă fiecare.

• TEODORA IACOB •

Astăzi. Să trăiești clipa.

Să fii medic azi, pentru mine, înseamnă să trăiești clipa.

Provin dintr-o familie unde meseria de medic este o tradiție, astfel încât, această profesie a avut pentru mine o definiție amplă și complex conturată. Inițial, am pornit de la rețeta clasică: a fi medic înseamnă o facultate dificilă, dar, în aceeași măsură, și frumoasă. Apoi înseamnă un rezidențiat, în care trebuie să te pregătești meticulos, riguros, să începi să aplici tot ceea ce ai învățat pe parcursul anilor de facultate, în timp ce cumulul responsabilităților crește. Urmează examenul de specialitate și, eventual, ultima etapă, examenul de medic primar.

Dar nu totul urmează cursul unei rețete clasice.

În prezent sunt medic primar – boli infecțioase.

Influențată de pandemia care a schimbat viața tuturor, recunosc că nimic din ceea ce am învățat în facultate și, apoi, în rezidențiat, nu m-a pregătit suficient pentru modul în care a evoluat infecția COVID-19. Coronavirusul a adus „tot noul” care ar fi putut exista în profesia mea. Am trecut de la „cunoștințele acumulate pe perioada facultății și rezidențiatului” la medicina momentului. Totul se întâmplă „văzând și făcând”.

Generații de medici au transmis mereu generației care a urmat trăsăturile definitorii ale bunei practici profesionale medicale. Însă, aceste cursuri și programe, deși existau, multe nu se exprimau sau percepeau potrivit. Comparând „organismul” uman cu cel medical, pandemia a acționat asemenea unui mecanism epigenetic.

Pentru mine, personal, s-a schimbat percepția asupra întregului concept de „a fi medic azi”, pornind chiar de la relația medic-pacient. Dacă, anterior pandemiei învățasem că timpul optim petrecut cu un pacient este de aproximativ 20-30 de minute, în care să efectuăm o anamneză și să examinăm pacientul, acum totul s-a schimbat. Relația medic-pacient, în cazul infecțiilor cu noul virus, nu mai există. E o relație surogat. Ne simțim extrem de limitați și, deși cred că s-a mai spus, este foarte frustrant pentru un medic să nu poată să își petreacă timpul de care are nevoie cu pacientul respectiv. Pe lângă timp, în al doilea rând, contactul fizic și vizual sunt absolut limitate, minimale, ceea ce este aberant. Am simțit la modul emoțional negativ că pacientul se externează din spital și nici măcar nu știe cum arătăm. Noi îi vom recunoaște mereu și ne vom aduce aminte de ei mereu, pentru că au petrecut timpul necesar internării alături de noi. În timp ce noi i-am văzut în fiecare zi, ei, văzându-ne, nu ne-au văzut de fapt, și nu fac diferența între noi. Când ți-ai pus parafa pe scrisoarea medicală, e destul de trist și descurajant să știi că un om te-a văzut, de exemplu, trei-patru săptămâni, dar, de fapt, nu te-a văzut niciodată. Cel mult, îți recunoaște zâmbetul, de sub vizieră. În funcție de

complexitatea cazului, petreceam mai mult, sau, mai puțin, timp cu pacienții... cinci-șase minute, în medie. La început, atât eu, cât și colegii mei, eram foarte concentrați să ieșim cât mai repede din saloanele bolnavilor. Ascultam plămânii și inima, palpam un abdomen, verificam niște edeme, parametrii clasici, schimbam trei cuvinte fizic și... atât. Restul, telefonic sau online. Pe parcurs, aflând și alte informații despre boală, ne-am mai relaxat, și am înțeles că nu este nicio problemă să le acordăm pacienților mai mult timp.

Un alt aspect a fost dinamismul demersului medical. Datorită urgențelor medicale extrem de variate apărute, și care au escaladat exponențial, am ajuns să investigăm și să tratăm pacienții cu o viteză aproape spațială. Totul se desfășoară într-un timp record. Zilnic, când ajungi la clinică, ai sentimentul că te poziționezi la linia de start a unei competiții de alergare viteză în cadrul olimpiadei. Nu doar numărul complicațiilor apărute, ci și complexitatea acestora au făcut ca specialitatea pentru care m-am pregătit să fie depășită și să fie necesar să învăț a efectua mai multe manopere care aparțin altor specialități pentru a salva viața pacientului. Uneori am trăit ca pe „front” și, într-adevăr, bătălia a fost împotriva unui inamic invizibil, dar devastator.

Dacă de-a lungul istoriei a fi medic însemna a fi respectat, lucrurile, firește, s-au schimbat acum. Violența împotriva personalului medical a crescut odată cu pandemia, prezentă în serviciile de urgență, în secțiile COVID, non-COVID, până și în cabinetele medicilor de familie. A fi medic în ziua de azi e sinonim cu neîncrederea în sistemul sanitar, condimentată adeseori cu suspiciuni iraționale. Neîncrederea a dus la o creștere semnificativă a abuzurilor și amenințărilor la adresa oamenilor de știință și a medicilor, fapt semnalat în întreaga lume – un fenomen nou și nedorit. Această ambivalență a relației medic-pacient, desfășurată pe parcursul pandemiei, este neașteptată și amară pentru personalul medical, fiind întâlnită zilnic de către medici. Pandemia va trece, dar ceea ce rămâne poate fi diagnosticul unei suferințe morale a medicilor, dincolo de epuizarea fizică, determinată atât de rulajul cazurilor, cât și de numărul mare de decese la care au asistat, concomitent cu ostilitatea multora împotriva lor, care le neagă eforturile făcute pentru a-i salva pe acei oameni.

Cea mai importantă schimbare care s-a produs în mine legat de ideea de „a fi medic azi” a fost determinată de pandemie și este, de fapt, însuși spiritul medical: a comunica, a te adapta, a găsi putere, a lupta până la capăt, a rămâne om. Cred că toate aceste acțiuni mișcă azi întreaga medicină, devenind principiile care dau viață organismului medical.

• CRISTINA-NELIDA BORA •

Să fii medic înseamnă să deții o combinație unică de pasiune, cunoștințe acumulate și moralitate, cum rar se mai găsește în alte profesii. Unde este iubire pentru medicină este, în primul rând, și iubire pentru umanitate.

A avea în mâinile tale, uneori, diferența dintre viață și moarte este un privilegiu, o onoare, dar și o enormă responsabilitate. Medicina e o artă, dar una care produce anxietate prin complexitatea ei. „*Primum non nocere*”, ca piatră de căpătâi, se traduce în nopți nedormite, studiu intens, păreri împărțite și, mereu, loc de mai bine. Desigur, răsplata vine pe măsură, cu mulțumirea sufletească și onoarea de a avea un rol (crucial) în viața pacientului.

Ca medic, este mereu un privilegiu să îți servești comunitatea. Doctorii de azi au aceleași valori ca medicii de ieri, deși, poate, mai multă responsabilitate și mai multe *task*-uri. Trebuie să fie mereu la zi cu ultimele noutăți în domeniu, cele mai noi aparate și tehnologii, iar aceasta poate fi greu, pentru că industria sănătății crește constant și repede. Tot datorită avansării medicinei, din ce în ce mai mulți oameni pot fi depistați și diagnosticați cu diverse boli, ceea ce crește numărul pacienților care se adresează serviciilor de sănătate.

Mai mult decât atât, este important, astăzi mai mult ca în trecut, să fii „*team-player*”, să ceri părerea unui medic mai experimentat în situații de impas, să adresezi pacienții spre alți colegi în cazuri de nișă, pentru că, indiferent cât excelezi individual, nu mai este suficient. Pot apărea și multe frustrări, de exemplu din partea pacienților (și aparținătorilor), care au așteptări din ce în ce mai mari, dar și preconcepții uneori greșite, datorită mijloacelor de informare în masă folosite în mod eronat sau, care oferă informații trunchiate, neverificate. „Pacientul-Google” este cel mai dificil pentru medici în ziua de azi.

Un medic este, înainte de toate, om. Un om în toată complexitatea lui, cu emoții, stări bune sau mai puțin bune, frici, anxietate, energie, oboseală, probleme personale. A fi dedicat profesiei nu înseamnă a uita complet de sine, dar trebuie să recunoaștem faptul că medicina este, probabil, profesia care interferă cel mai mult cu viața personală. Lucrul la birou se sfârșește la ora 17 (*nine-to-five*), dar îndatoririle medicului nu pot fi oprite atât de ușor. Poate fi riscant, într-adevăr, pentru viața de familie, precum și pentru deplinătatea sănătății mintale, dar sunt niște compromisuri cu care înveți să trăiești.

Compasiunea pentru pacienți trebuie să fie insurmontabilă. Dincolo de medicina din cărți, pacienții trebuie ascultați, să le fii alături, să îi susții emoțional, să-i tratezi cu demnitate, să le răspunzi cu răbdare la întrebări, să le câștigi încrederea, să personalizezi ce ai învățat, să tratezi pacientul și nu boala, să acționezi întotdeauna în favoarea pacientului, indiferent de circumstanțe, cu

acordul pacientului, și în concordanță cu principiile deontologice. Toate acestea pot fi surescitante uneori.

Lincoln spunea: „Nu-mi place acest om, trebuie să-l cunosc mai bine”. Comunicarea este piatră de temelie în medicină, dar deseori poate fi subestimată (în detrimentul tuturor părților implicate), deși ni se spune constant despre importanța ei. Este crucial, în același timp, deși poate paradoxal, și un anumit grad de detașare emoțională, pentru că altfel o încărcătură emoțională nedigerată corespunzător poate deveni prea mult, duce la burn-out și alte probleme pentru medic. Medicina poate însemna „știință și conștiință”, dar de conștiință trebuie avut mare grijă.

Curiozitatea medicilor trebuie să fie mereu nesatisfăcută, pentru că aceasta duce la progres. După 12 ani de școală, 6 ani de facultate și încă 6 ani pentru specializare, mai rămâne restul vieții pentru rafinarea cunoștințelor. Învățarea nu se oprește niciodată, studiile nu conțin să apară și să încerce să mai deslușească câte un mecanism, iar un medic trebuie să țină pasul. Plafonarea și comoditatea pot fi periculoase. Desigur, după atâta studiu și muncă, poate uneori să apară senzația de superioritate și aroganța, atât de periculoase, de fapt, sufletului uman. Nu trebuie să uităm ce era cunoscut încă de pe vremea lui Socrate: „Cu cât știi mai multe, cu atât mai mult realizezi că nu știi nimic”. Să ne păstrăm umilința în acest Univers incert din care înțelegem prea puține. Profesia de medic a fost mereu respectată în comunitate, de pe vremea vracilor până în prezent.

Una din realitățile de care se „lovește” un medic proaspăt ieșit de pe băncile idilice ale facultății este sistemul de sănătate. Consider că sistemul de sănătate este unul foarte dificil de menținut pe linia de plutire, pentru că trebuie să susțină calitatea actelor medicale, în timp ce costurile să fie sub un plafon stabilit și să fie accesibil pentru toți cetățenii statului. Mai mult, trebuie să mențină și numărul necesar de medici, atât în formare, cât și specialiști. Medicii au un rol vital în societate, pentru că dacă cetățenii nu sunt sănătoși, statul nu poate să progreseze și să prospere.

În opinia mea, există trei cuvinte care pot să rezume sistemul medical românesc: „un-cerc-vicios”. Aceasta, deoarece, lipsa aduce lipsă, frustrarea generează frustrare iar suficiența ne ține pe loc.

Cred că dezvoltarea medicinei trebuie să aibă în epicentru personalul medical. Un medic căruia îi este asigurat confortul la locul de muncă pentru a se dezvolta și a putea lucra la cele mai înalte standarde va face tot ce îi stă în putință pentru pacienții săi și se va dedica fără piedici vocației sale. Astfel crește calitatea actului medical, crește adresabilitatea pacienților către instituțiile medicale, și sănătatea generală a populației se îmbunătățește. Grijă pentru medici se reflectă în grijă pentru pacienți. De asemenea, un sistem informatic național performant, în care toate antecedentele unui pacient pot fi înmagazinate și accesate prin

intermediul cardului de sănătate poate crește corectitudinea stabilirii diagnosticului și tratamentului – o imagine de ansamblu, o abordare mai acurată, dar și eficiența prin înmagazinarea antecedentelor medicale. Mai cred și în importanța centrării acțiunilor pe pacient, cu accent pe educația medicală și accesibilitatea instrumentelor de monitorizare. Aplicațiile mobile sunt un exemplu excelent în acest sens. Un om informat corespunzător, care înțelege precoce importanța unui stil de viață echilibrat, care își monitorizează activitatea fizică, dieta, factorii de risc, care participă la acțiuni de screening este candidatul ideal al unei comunități sănătoase bazate pe prevenție.

Cred că dezvoltarea unui sistem medical este o acțiune colectivă și susținută, ce nu se rezumă la o singură generație. Devenim din ce în ce mai ancorați în tehnologie și trebuie nu doar să ținem pasul, ci să învățăm să o folosim în beneficiul nostru. Pentru că bunăstarea aduce bunăstare, empatia naște empatie și*iar* împreună putem crește și deveni... un cerc *virtuos*.

În timpul experienței mele în străinătate (un an, cu bursă Erasmus în Leipzig, Germania) am avut ocazia să învăț și să lucrez într-un sistem universitar și medical mult mai eficient din toate punctele de vedere față de cel românesc. Ca un exemplu, dacă la noi partea birocratică (fișe, formulare, consimțăminte, epicrize) este cea care ocupă majoritatea zilei de lucru a unui medic rezident, nelăsând prea mult timp și energie actului medical *per se*, în Germania am experimentat tehnologiile „voice to text”, care eficientizează redactarea scrisorilor medicale – mai puțin timp petrecut printre hârtii, mai mult timp pentru pacienți.

Medicii de familie joacă un rol extrem de important în decongestionarea sistemului de îngrijiri secundare, printr-o triere inițială. Mai mult decât atât, tehnologii noi, precum telemedicina – consulturi efectuate prin videoconferință – și asistarea inteligenței artificiale (AI) în stabilirea diagnosticului, pot ajuta la creșterea, atât a adresabilității, cât și a serviciilor oferite, precum am și experimentat cu toții în ultima perioadă, din cauza restricțiilor impuse de pandemie. AI oferă deja asistare în domeniul imagistic și poate fi o unealtă prețioasă la îndemâna medicilor. Nu cred că va putea înlocui vreodată un specialist, dar cred că medicii care vor folosi AI vor ajunge încet să îi înlocuiască pe cei care nu o fac. Tot astfel se întâmplă și cu roboții și tehnologiile minim invazive din domeniul chirurgical. Utilizarea acestor tipuri inovative de tehnologie este menită să reducă la minimum daunele potențiale în cadrul actului medical în intenția de a face bine.

În concluzie, cred că a fi medic în ziua de azi înseamnă a fi multilateral pregătit, bine informat, veșnic obosit, dar pasionat de ceea ce faci, dornic de a fi mai bun de dragul pacienților, puternic, empatic și rațional.

• IULIA CORINA FAUR •

Din cele mai vechi timpuri, atribuirea rolului de tămăduitor sau de doctor s-a schimbat substanțial. În Egiptul Antic, oamenii aveau credința că problemele de sănătate aveau să fie rezolvate de către zei, prin intermediul preoților. Aceștia considerau organismul ca fiind un sistem de canale, iar metodele de tratament alese nu se asemănau deloc cu ce cunoaștem azi.

Părintele medicinei moderne de astăzi este considerat Hippocrate (460 î.H. – 375 î.H.), originar din Grecia Antică. Acesta a creat prima școală de medicină, punând bazele teoriei conform căreia afecțiunile de sănătate provin din cauze organice, contrar convingerilor de la vremea respectivă. O dovadă care atestă rolul acestuia în medicina modernă constă în faptul că inclusiv generația mea a rostit, la absolvirea Facultății de Medicină, jurământul lui Hippocrate, într-o variantă modernizată.

În zilele noastre, practica medicală necesită mult mai mult decât cunoștințe precare despre cum funcționează organismul uman, sau informații bazate pe supoziții. Ca să ajungi să practici medicina ai nevoie, în primul rând, de anumite calități, ani de studiu și practică în domeniul medical și, probabil, printre cele mai importante lucruri, trebuie să vrei și să fii dispus să faci sacrificii. Este un drum lung și anevoios, dar care îți poate aduce multiple satisfacții pe plan profesional; și nu numai.

A fi medic implică, în primul rând, capacitate de învățare și aplicare a cunoștințelor dobândite, necesar să se mențină constantă de-a lungul vieții. Procesul de învățare nu se încheie niciodată, cu atât mai mult cu cât, acum, medicina avansează într-un ritm alert, tehnologia este tot mai avansată, speranța de viață a populației a crescut exponențial, iar bolile sunt din ce în ce mai variate și mai des întâlnite. Standardele actuale sunt mult peste cele din trecut, având, cel puțin teoretic, toate mijloacele necesare practicării medicinei la cel mai înalt nivel. Cu toate acestea, bazele unei practici bune nu s-au modificat. Relația medic-pacient, comunicarea, empatizarea cu pacientul și implicarea în ajutorul oamenilor sunt primordiale pentru fiecare dintre noi. Mai mult decât atât, faptul că obiectul central al muncii noastre este omul, cu toate problemele sale, medicale sau personale, face ca un medic excepțional să fie atât profesionist în domeniul său, dar și un bun ascultător și un om care înțelege și căruia îi pasă.

În general, pacienții rareori cataloghează un medic ca fiind bun sau rău în baza cunoștințelor pe care acesta le deține. Evident, tratarea problemei medicale este unul din scopurile monitorizate de către pacient. Cu toate acestea, o bună parte din specialitățile medicale au de-a face cu patologii incurabile, astfel că evaluarea în baza curabilității nu este o opțiune.

De foarte multe ori, ceea ce îl face pe pacient să revină în cabinetul său este modul de relaționare al medicului cu pacientul. Faptul că îi este acordat un timp

suficient, care să-i permită relatarea tuturor problemelor și îngrijorărilor pe care acesta le are, faptul că problemele sale sunt luate în serios sau faptul că este inclus în procesul de tratament și îi sunt explicate, pe înțelesul său, atât afecțiunea medicală, cât și planul de tratament, îi oferă pacientului o stare de liniște și siguranță, chiar și în fața unui diagnostic cu prognostic rezervat. Încrederea în medicul său face ca și complianța față de tratament să crească, acest lucru fiind în beneficiul tuturor.

Cu toate acestea, aceasta este o descriere absolut idealistă a ceea ce se întâmplă, din păcate, în zilele noastre. Luând în considerare aspectul economic al medicinei, lucrurile s-au schimbat, așa putea zice, în rău. Există prea puțini medici *per* pacient, procedurile și serviciul medical costă, în anumite zone, mult peste normal, astfel că timpul petrecut cu pacientul este limitat și mai scăzut ca altădată. Toate acestea fac dificil procesul de a-ți demonstra calitățile care te califică pentru a fi un medic bun.

Astfel, ne găsim în situația de a căuta noi și noi moduri de a ne apropia de pacienți și de a fructifica, în beneficiul ambelor părți, timpul petrecut în consultație. Unul din aceste moduri este mediul online. Foarte mulți din medicii din ziua de astăzi aleg să se promoveze online sau chiar să ofere ghidare și sfaturi prin intermediul platformelor digitale. Deși acest lucru pare simplu și facil la o primă vedere, lucrurile stau puțin diferit.

În primul rând, consultarea fizică și examenul obiectiv al pacientului încă joacă un rol crucial în tratarea unei patologii. Deși se găsesc o multitudine de algoritmi care stratifică patologii și ghidează managementul pacientului, există o doză mare de subiectivism. Să nu uităm că tratăm bolnavul ca un întreg, nu patologii dintr-un tratat. Astfel, practica noastră trebuie să se muleze după pacient, și nu invers. Acest lucru nu este posibil prin intermediul platformelor online, în marea majoritate a cazurilor, făcând ca, de cele mai multe ori, sfaturile oferite să fie generale, nepersonalizate și, în fond, insuficiente pentru ca persoana să găsească soluția pentru problema sa.

Cu toate acestea, pentru anumite categorii de afecțiuni, o triere în mediul online poate fi benefică. Luând ca exemplu strict țara noastră, unde educația medicală și cunoștințele oamenilor despre propriul organism, de cele mai multe ori, sunt sub medie, faptul că au acces la un mod facil și reproductibil de a cere ajutor face ca unele probleme minore să fie tratate în regim ambulator, fără să fie necesară o supraîncărcare a sistemului medical. Aceasta cu atât mai mult cu cât la noi există și un deficit major de medici de familie, dar și o adresabilitate scăzută spre această ramură a medicinei.

Referindu-ne strict la mediul online, din prisma unui medic, faptul că se așteaptă disponibilitate 100%, atât on-site, cât și, ulterior, prin platformele digitale, este puțin spus obositor. De cele mai multe ori m-am găsit în situația de a fi martoră la catalogarea unui medic drept „bun” sau, dimpotrivă, „dezinteresat”, doar pe

baza a cât de dispus este acel medic să răspundă mesajelor pe platformele online (la orice oră a zilei sau în weekend). Totodată, există un *trend* ascendent de a dezvolta pagini de social-media care să promoveze servicii medicale sau medici întru-totul. Deși este o modalitate bună de a te face cunoscut, mai ales acum când sunt atâtea opțiuni din care să alegi, acest lucru pune și mai mare presiune pe medicii tineri de a ține pasul.

Evident, dezaprob această stare de lucruri și consider că nevoia de afirmare și de a te face cunoscut, de a-ți ține pacienții aproape și a oferi cea mai buna versiune a ta, a dus la toate aceste compromisuri. Mai mult de atât, cum spuneam și la începutul acestui eseu, deja există foarte multe schimbări în practica medicală din zilele noastre. Faptul că în momentul de față avem acces la informație pe orice *device* pe care îl deținem, faptul că avem acces la conferințe și congrese din orice colț al lumii, cunoaștem mai multe limbi, astfel că nici limbajul nu mai este o barieră, contribuie la creșterea standardului. Să citești din ce în ce mai mult și să îți dai seama, de fapt, câte lucruri nu știi. Totul e o cursă contra cronometru în care fiecare folosește tot ce are la îndemână în încercarea de a avansa.

Pe lângă aceasta, accesul la informații a crescut și în rândul pacienților. O simplă căutare în *online* îți generează sute de *site-uri* care explică, sau oferă soluții, de cele mai multe ori eronate, despre patologiiile oamenilor. Mai mult decât atât, există platforme care generează diagnostice în baza simptomatologiei pe care pacienții o introduc în sistem. Astfel, nu o dată am fost puși în situația de a fi nevoiți să combatem internetul. Oamenii vin deja cu o idee formată despre ce urmează să se întâmple în managementul afecțiunilor lor, astfel că orice decizie este trecută prin prisma *online-ului*, ceea ce face ca, de cele mai multe ori, să fii nevoit să explici fiecare decizie pe care ai luat-o, sau să fii nevoit să convingi pacientul că tu ai dreptate. Aceasta face ca încrederea în medic să scadă în rândul anumitor categorii sociale, cu precădere la generațiile tinere, lucru ce duce la o colaborare medic-pacient deficitară și o complianță scăzută. Astfel, efortul de a te face ascultat, înțeles, respectat, este și mai mare.

Datorită încrederii scăzute în sistem și în medic ca entitate, pacienții au de foarte multe ori tendința de a căuta alte și alte păreri, considerând, de fiecare dată, că părerea medicului dinainte a fost eronată. Evident că, datorită subiectivismului și individualității fiecărui pacient, de cele mai multe ori managementul unui caz poate să difere de la medic la medic, acest lucru nefiind neapărat greșit. E, însă, dificil a schimba modul în care pacienții privesc diferențele.

Cu toate acestea, personal, nu aș alege o altă carieră. Pentru mine, încercările pe care le întâlnim în zilele noastre mă motivează să devin mai bună în ceea ce fac. Iubesc interacțiunea cu pacienții, mă stimulează fiecare caz pe care îl văd și, cu toate greutățile, aceasta mă determină să continui. Nu e ușor când te lovești de neîncredere și de necomplianță, însă, reversul medaliei primează de cele mai multe ori. Pentru fiecare caz dificil de manageriat, există altele zece care îți întăresc convingerea că faci

ceea ce trebuie. Trebuie să luăm ce e mai bun din fiecare experiență pe care o avem și să încercăm, în fiecare zi, să ne autodepășim. Recunoștința nu va întârzia să apară. Am învățat să funcționăm în condițiile de acum, conștienți fiind că lumea este într-o continuă schimbare, iar unul din lucrurile majore care recomandă un medic ca fiind bun este capacitatea de adaptare la lumea din jur.

• MĂRIUȚA ALEXANDRA MĂDĂLINA •

„Una dintre calitățile esențiale ale clinicianului este dedicarea față de omenire, pentru că însuși secretul îngrijirii pacientului este să îți pese de acesta.”

(Frances W. Peabody, *Îngrijirea pacientului*).

Pentru o persoană dedicată studiului, medicina este unul dintre cele mai bune domenii profesionale care pot fi urmate. Facultatea de medicină este doar începutul educației. Medicii care practică medicina timp de ani de zile se confruntă, în mod regulat, cu situații unice, tratamente noi și tehnologii inovative. De aceea, cu fiecare zi ce trece, apare câte o provocare nouă în meseria de medic, care te menține mereu activ, care te obligă să te dezvolți continuu, atât din punct de vedere profesional, cât și personal. Medicii, prin meseria lor, sunt nevoiți să devină din ce în ce mai buni în fiecare zi, să își depășească limitele și să devină adevărate exemple pentru societate.

În ceea ce privește motivele pentru a alege această profesie, dorința pentru o carieră care să implice îngrijirea oamenilor, urmată îndeaproape de bucuria de a aduce un plus de valoare în societate, sunt principalele motive. Prin urmare, nu este surprinzător că aproape toți medicii din jurul meu spun că relaționarea bună cu pacienții și poziționarea acestora în centrul practicii este o parte importantă din această meserie. După cum s-a menționat mai sus, aspectele cheie ale dezvoltării profesionale sunt considerate importante pentru medici, deoarece profesia aceasta este un domeniu în continuă evoluție, fiind necesar pentru medici să participe la cursuri de formare continuă și conferințe de specialitate. Pe lângă lucrul cu pacienții și dezvoltarea profesională, medicii spun că sănătatea lor mentală și sănătatea fizică este importantă pentru ei, la fel ca accesul la oamenii care îi sprijină în afara serviciului, precum și menținerea unei granițe clare între muncă și viața de acasă.

Sunt medic rezident de trei ani și pregătirea mea m-a pus în situații limită ale practicii și nu numai. Am lucrat în diferite departamente din Cluj-Napoca. Familia mea glumește adesea cum că aș călători din spital în spital. O altă glumă se referă la timpul petrecut învățând pentru examene – despre care fiecare medic rezident din România știe că nu este chiar o chestiune de râs. Deși am ajuns medic

în cele din urmă, mi-am petrecut ceea ce mi s-a părut a fi mulți ani istovitori lucrând pentru calificarea profesională pentru care am optat.

Pe parcursul rezidențiatului de până acum, cel mai greu modul pe care a trebuit să îl traversez a fost secția destinată pacienților infectați cu SARS-COV-2. Acea perioadă a fost o provocare în meseria de a fi medic, atât pentru mine, cât și pentru colegii care au lucrat în linia întâi. Îmbrăcați în combinezon, cu măști și ochelari de protecție, în fiecare zi, înainte de a intra la pacienți simțeau că mergi la război. Totul era atât de imprevizibil, atenția la detalii era foarte importantă, verificarea pașilor de două ori pentru a nu exista greșeli, lupta continuă cu tine însăși pentru a deveni cu fiecare zi ce trece o variantă mai bună ca profesionist și medic. Pe lângă aceasta, lupta continuă între viață și moarte pe care o regăsești cu fiecare pacient internat pe secție te motivează a cerceta și a găsi metode mai bune, ce ar putea ajuta pacienții aflați în suferință.

Cu toate acestea, de-a lungul carierei mele, au fost cu siguranță mai multe situații bune decât provocări sinuoase. Pe de altă parte, au existat module unde situația a fost mult mai relaxată, unde lucrurile s-au desfășurat metodic, într-un ritm uzual, ceea ce a permis un timp suplimentar pentru cercetare în domeniu. A existat timp pentru a analiza situația întâmpinată într-un ritm mai puțin alert, spre deosebire de alte module la care timpul este critic pentru a soluționa o situație.

Apreciez și m-am simțit răsplătită de oportunitatea de a face parte din momentele esențiale din viața oamenilor, de a le auzi poveștile și de a contribui la îngrijirea lor. Interacțiunea și modul în care se relaționează cu pacienții sunt foarte importante, din punctul meu de vedere. Un mesaj transmis corect, dar folosind un ton cald și încrezător, poate liniști receptorul – pacientul, care primește informația despre ceea ce va urma, ori situația prin care trece. În primul rând, e important ca medicul să nu manifeste o stare de îngrijorare, pentru a nu o transmite celui aflat în suferință mai departe.

Mi-a plăcut întotdeauna să lucrez cu alți oameni și am apreciat foarte mult colegialitatea care există în medicină. A face parte dintr-o echipă medicală creează liniște și construiește încredere între colegi. Știind că va trebui să depășești orice obstacol ca o echipă, ajutat de colegi poți trece peste orice neprevăzut. Am devenit oameni apropiați, împărțășind o parte din viața noastră la spital, unde poți avea parte, surprinzător, de unii dintre cei mai susținători oameni – cei care te fac să râzi când îți vine să plângi, cei care oferă sprijin în zilele mai aglomerate și tensionate ori care să te susțină în luarea deciziilor în momentele în care intervine oboseala.

A fi medic în spital poate fi greu uneori. Există adesea ore lungi, așteptări mari, iar rezultatele pacientului nu sunt întotdeauna bune sau, nu sunt cele așteptate. Acest lucru poate fi dificil de rezolvat, zi de zi, an de an, mai ales dacă încerci să te adaptezi la o viață dincolo de locul de muncă. În general, profesia de medic e plăcută, dar au existat ocazii în care am luat o decizie care, retrospectiv, putea să fi fost îmbunătățită, când pur și simplu era prea multă muncă de făcut sau

intervențiile nu au decurs conform așteptărilor. Aceste situații pot fi adesea dificile, stresante și greu de tratat.

Au existat, de asemenea, provocări non-clinice pe parcurs, cum ar, fi presiunea examenelor la finalul modulelor, promovate toate cu succes. Satisfacția finală a anulat oboseala din zilele premergătoare de studiu ce s-au proiectat în energia activităților de peste zi. Am fost destul de norocoasă să trec peste aceste perioade, să promovez examenele și să echilibrez pe lângă acestea viața de medic și familia. Schimbarea specializărilor de la un modul la altul m-a ajutat să am o perspectivă mai largă asupra domeniului și consider că vor reflecta în viitor anii de pregătire medicală, în calitatea de medic.

Uitându-mă retrospectiv, când am avut de confruntat o provocare destul de mare, m-am întors la elementele de bază, la teoria și cunoștințele învățate pentru examene, ceea ce se va întâmpla și mai departe, atunci când voi fi medic cu ani de experiență în spate. Sunt sigură că toate cunoștințele aprofundate pe parcursul anilor de studiu și practică se vor sedimenta și mă vor ajuta atunci când voi avea de stabilit diagnostice mai dificile sau care pun în dificultate situația pacientului.

Personal, sunt încă entuziasmată să aflu lucruri noi din medicină, cum pot interacționa medicamentele cu organismul și să urmăresc efectul lor, ori să văd cum echipamentele mecanice pot fi folosite pentru a monitoriza pacienții sau a-i trata. Simt un sentiment de responsabilitate, am încredere că voi oferi sfaturi bune și voi trata oamenii. Mă simt recunoscătoare pentru că pot ajuta, sau măcar să-i ascult pe pacienți și să le ofer o îndrumare spre un specialist. Mă simt privilegiată să fiu alături de pacienții mei și să împărtășesc cu ei ceea ce pot fi adesea momente determinante din viața lor și mă simt incredibil de norocoasă să lucrez ca parte a unei echipe în care fiecare are diferite domenii de expertiză, cu colegi care se educă continuu.

Cu toate acestea, există și o parte mai puțin roz asociată cu viața clinică: hârțile nesfârșite, diferitele sisteme informatice, mutarea și rotația locurilor de muncă și presiunea constantă de a simți că ar trebui să faci mai mult, sau că ai fi putut face o treabă mai bună dacă ai fi avut doar mai mult timp petrecut într-un loc, sau mai mulți colegi pentru a ajuta mai mult pacienții.

Un factor important e modul în care medicii își experimentează profesia și modul în care percepțiile lor au impact asupra pacienților, dar și asupra întregului sistem medical. Înțelegerea provocărilor pe care medicii le întâmpină de-a lungul vieții lor profesionale, și ceea ce modelează abordarea lor față de practică, poate ajuta sistemul medical pentru a deveni un organism de reglementare mai eficient, oferind sprijinul necesar pe viitor. În cele din urmă, va ajuta la menținerea sistemelor de îngrijire a sănătății de înaltă calitate și la asigurarea siguranței pacienților într-o căutare continuă de perfecționare.

Concluzionând, de-a lungul experiențelor mele din domeniul medical de până acum, a fi medic în zilele noastre înseamnă mai mult decât exercitarea profesiei și dezvoltarea continuă pe plan profesional. Astăzi, este foarte importantă

abordarea pacientului ca individ unic, care vine cu propriile temeri, cu propriile credințe ori experiențe anterioare și care are nevoie, în primul rând, de un profesionist care să îi acorde timpul necesar pentru a-i explica în detaliu boala de care suferă, riscurile aferente, ori metodele de tratament. În profesia de medic există, cu siguranță, o serie de provocări, dar există și o mulțime de recompense.

• RALUCA MAXINAN •

Ultimii doi ani de zile, însumând pandemia de Coronavirus, și-au pus amprenta pe psihicul majorității oamenilor. Evenimentele care s-au derulat de la începutul anului 2020 până în prezent au ridicat semne de întrebare, și de exclamare, pentru care încă nu avem răspunsurile potrivite.

Ca medic, am resimțit efectele pandemiei atât pe plan profesional, cât și pe plan personal. Debutul meu ca medic rezident a fost concomitent cu apariția primelor cazuri de Covid și, bineînțeles, nu la mult timp după aceasta, s-a instalat carantina. Astfel, a trebuit să mă adaptez la un sistem nou, care brusc a fost frânat și remodelat pentru a face față noii provocări medicale. Incertitudinea de la început se citea în ochii tuturor, iar frica de necunoscut a început să escaladeze, inclusiv în noi, medicii, cu atât mai mult cu cât eram foarte expuși la infectare. Timpul a trecut, am început să ne familiarizăm și să funcționăm cu „noua normalitate”.

Îmi amintesc două întâmplări care și-au lăsat amprenta asupra mea, ca medic la început de drum. Prima a avut loc cam la aproximativ o lună după eliberarea vaccinurilor pe piață, când erau disponibile pentru cadrele medicale. Atunci, am fost repartizată să lucrez la Centrul de vaccinare pentru a-i supraveghea pe cei care doresc să se imunizeze. Toți cei care au venit au dorit să afle mai multe informații despre vaccin, despre eficiența lui, despre efectele adverse, iar informațiile erau atât de limitate, încât, am conștientizat că vom învăța din mers pașii de tratament ai acestei boli. Mi-am dat seama și de gradul de responsabilitate pe care îl are un medic față de pacientul său, precum și față de calitatea informațiilor pe care le furnizează acestuia.

A doua întâmplare a avut loc pe secția Covid. Eram de gardă iar medicul cu care lucram avea un pacient critic, cu multiple comorbidități, inclusiv afecțiuni pulmonare pre-existente infectării cu acest virus. Starea bolnavului era precară, era agitat și urma să fie transferat pe secția ATI. A cerut personalului medical să își vadă familia. Bineînțeles, acest lucru nu era posibil în acele condiții, astfel, tot ce i s-a putut oferi era un apel video pe Whatsapp. Am fost rugată să mă echipez și să intru pe secție pentru acest pacient. Momentul a fost deosebit de emoționant și de trist. A trebuit să țin telefonul ridicat și să repet tot ce spune pacientul pentru

familie, deoarece acesta nu mai avea suficientă putere pentru a vorbi tare. Am citit în ochii lui resemnarea și dorința de eliberare, care pentru el însemna moartea. Dorea să le transmită celor dragi că este pregătit. Tot ce am putut să fac a fost să îl încurajez, dar adevărul este că mă simțeam mică și neajutorată în fața acestui om pe care nu îl puteam ajuta. Suferința lui era mai mare decât dorința de a-și continua viața. A decedat câteva zile mai târziu.

Experiența aceasta va rămâne în mintea mea mult timp și, poate, pe parcurs voi reuși să o descifrez diferit. Dar atunci mi-a ridicat multe întrebări și m-a făcut să conștientizez cât de necesară este empatia în relația cu pacientul.

Cea mai mare provocare a fost să fiu doctor pentru familia mea. Când presiunea unei boli și implicarea emoțională este la cote maxime, tinzi să îți pierzi uzul rațiunii, ceea ce nu îți poți permite în calitate de medic. Cu toate măsurile de protecție și prevenție, părinții mei au fost infectați cu virusul Covid, iar mama mea a avut o formă nu tocmai ușoară. Atunci am învățat stăpânirea de sine și importanța colaborării cu alți colegi medici, care nu sunt implicați emoțional în situație.

Să fii medic azi, înseamnă pentru mine să ai o bază solidă de cunoștințe medicale, pentru a putea adăuga constant straturi noi din multitudinea de informații care circulă zilnic. Înseamnă să fii mereu conectat la veridicitatea informațională. Mai înseamnă să ai o mare capacitate de comunicare și relaționare cu pacientul. Înseamnă colegialitate și muncă în echipă. De asemenea, este importantă viziunea și abilitatea de a privi evenimentele prin prisma timpului, de a înțelege consecința acțiunilor tale de astăzi peste 10, sau, chiar, 20 de ani.

A fi medic astăzi, înseamnă să fii centrul de echilibru pentru pacienții tăi, dar aceasta implică, în primul rând, că trebuie să dobândești acest echilibru în interiorul tău. Pentru a putea acorda sprijin, empatie și tratamentul corespunzător pacientului, consider că un medic trebuie să fie, în primul rând, doctor cu el însuși. De aici ar trebui să înceapă „*primum non nocere*”.

În concluzie, lumea s-a schimbat și asta ne împinge la o evoluție interioară individuală, care, la un moment dat, se va oglindi în schimbările pe care le vom realiza în exteriorul nostru, inclusiv în sistemul medical. Poate trăim un moment istoric, ce va fi amintit, peste ani și ani, sau, poate, va fi uitat în negura timpului. Voi încheia prin a aminti citatele care m-au inspirat în această perioadă:

„Omul înțelept nu spune tot ce gândește, dar ce spune, gândește” (Aristotel).

„Chiar dacă aș ști că mâine se sfârșește lumea, tot aș planta astăzi un măr” (Martin Luther).

„Dacă nu știi spre ce port te îndrepti, niciun vânt nu îți este prielnic” (Seneca).

„În fața minții liniștite, întreg universul se predă” (Chuang Tzu).

• **MONICA ANDRA ROTAR** •

Să fii medic în ziua de astăzi reprezintă o sumă a experiențelor trăite, a codului moral personal, a cunoștințelor și puterii interioare de a da tot ceea ce e mai bun din tine, în scopul ajutorării altor persoane. Multă lume ar putea să ofere câte o definiție proprie la ceea ce înseamnă un doctor bun. Fiecare persoană are propria lui idee. În realitate, lucrurile sunt mult mai complexe.

Bunica obișnuia să îmi spună că „să fii medic e mai mult decât o meserie”. Și, cu timpul, am început să înțeleg din ce în ce mai mult ce înseamnă aceasta. Să fii medic azi înseamnă să fii empatic, iar aceasta presupune, în primul rând, să comunici optim cu pacientul tău, să-i pui întrebări și să-l asculți, apoi să te pui „în pantofii lui” pentru a putea să înțelegi cu adevărat prin ce trece, și să-i oferi sprijinul pe care și-l permite. Înseamnă să iubești viața și oamenii. Să vrei să ajuți alte persoane și să îți placă să lucrezi cu oamenii.

În facultate am fost implicată în foarte multe proiecte de voluntariat, deoarece îmi plăcea să fiu în contact cu oamenii. Am făcut parte din cercul studentesc „Văd voci”, unde am învățat limbajul semnelor și am intrat în contact persoane surde, atât copii, cât și adulți; mergeam la un centru medical unde le măsuram tensiunea, le luam glicemia și ofeream sfaturi medicale. Pentru mine, acest lucru a fost o experiență profundă care m-a făcut să cresc ca persoană și ca medic. De asemenea, am luat parte ca voluntar și în campanii de donat sânge, în cadrul cercului „Donează sânge, fii erou”. Aceste evenimente au fost o piatră de temelie pentru ceea ce a urmat în viața mea. Am realizat cât de important este impactul unui medic în viața unei persoane.

Să fii medic azi înseamnă să fii curios. În lumea cercetărilor și descoperirilor medicale, învățatul nu se oprește niciodată. Începe la liceu și continuă pentru tot restul vieții. Cunoștințele, înțelegerea și tehnologia medicală evoluează atât de rapid, iar medicii depun eforturi mari să țină pasul cu cele mai recente informații, pentru că modul în care practică medicina influențează direct viața lor și a pacienților. Deci, pentru a fi un medic bun presupune să fii curios, enervant de curios. Să fii curios despre pacienții tăi și despre vindecarea bolilor lor, despre ce fac colegii tăi în alte secții, despre tehnologie și natura umană. Desigur, curiozitatea poate deveni obositoare, dar, la final, este cea care face diferența.

Meseria de doctor vine la pachet cu o tonă de responsabilități. După curiozitate, dedicare și motivație, simțul datoriei este extrem de important. Un doctor bun va respecta procedurile și legea pentru a-și salva pacientul.

Să fii un doctor bun în ziua de azi înseamnă să fii om și să ai compasiune față de cel pe care-l tratezi, îl vindeci, îl faci să rămână în viață. Credem că medicina înseamnă știință și conștiință, înseamnă să ai abilitatea de a combina cele doua

elemente pentru a învinge moartea. Să folosești toată pregătirea ta, cu uneltele potrivite, pentru a trata și vindeca suferința omului de lângă tine.

Poate suna ciudat, dar, în medicină, comunicarea este o unealtă importantă. Majoritatea plângerilor în domeniul medical iau naștere în jurul comunicării. A lipsei ei, de fapt. O comunicare slabă cu pacientul va produce în lanț o serie de „dezastre”: diagnostic pus greșit, recomandare de medicamente, care poate nu fac bine, pacient nefericit și nevindecat. Fără comunicare, riscăm să ne îndepărtăm de experiența umană și de profesia pe care ne-am ales-o. Apoi, mai e situația în care e nevoie să comunici pacientului, și familiei, un diagnostic nefericit. Folosind cuvintele și tonul potrivit, poți face ca vestea să fie primită mai ușor și să devină mai puțin dureroasă.

Și, acum, că am arătat partea frumoasă, este timpul să vorbim despre cealaltă parte a medicinei, cea de care nu multă lume vorbește. În primul rând, oboseala; nu cred că este zi în care să ajung acasă și să nu mă pun la somn, rapid; mă simt atât de epuizată încât nici nu știu dacă vreau să mănânc, să fac duș sau să mă pun la somn; de cele mai multe ori mă pun la somn și... ghici ce? Mă trezesc mai obosită ca înainte. Lăsând gluma la o parte: oboseala care se adună, plus stresul, sunt lucruri la care un medic este supus zilnic. Iubesc ceea ce fac, dar mă epuizează.

Aduc stresul acasă iar acest lucru îmi afectează relația cu familia, partenerul și prietenii. Se întâmplă des să vin acasă și să fiu un ghem de nervi, iar, fără să vreau, aceasta se răsfrânge asupra vieții personale.

O altă parte negativă constă în faptul că oamenii nu mai au același respect de demult față de medici. Înainte să dau la medicină auzeam cât de respectați sunt medicii și ce frumoasă și respectabilă este profesia de medic, dar în practică este un pic mai diferit. Mi s-a întâmplat de mai multe ori să nu fiu luată în serios de pacienți, să nu fiu eu cea ascultată, și să nu-mi fie urmate sfaturile pe care le dau; de asemenea, să fiu tratată ca un nimeni. Și mai dureros este faptul că acest lucru este general, s-a întâmplat și altor medici, unii cu grad mai mare decât mine. Același lucru este valabil, de asemenea, și pentru personalul medical auxiliar.

Cu toate aspectele bune și rele, meseria de medic este foarte grea și complexă. Dar, dacă ar fi să merg înapoi în timp, și să fiu nevoită să aleg din nou, aș alege același lucru. Pentru mine, la sfârșitul zilei, satisfacțiile întrec nemulțumirile și părțile rele ale acestei profesiuni. Mărturisesc, acum că am văzut cum este să lucrezi așa strâns cu oamenii, nu cred că m-aș vedea practicând altă meserie. Mă bucur să pot ajuta oamenii și să îi pot trata, chiar și dacă doar cu un sfat, sau cu ceva mai mult, cum ar fi, testări cutanate sau prescrierea unui medicament care le reduce simptomatologia. Să pot să ajut pe cineva este lucrul care mă motivează să merg mai departe și să dau tot ce e mai bun din mine.

INDEX DE TERMENI

- act medical, 8, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 70, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 115, 125, 133, 134
- acut, 12, 59, 62, 89, 90, 93, 97, 100, 107
- afect, 8, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 48
- afecțiune, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 136
- angoasă
 Vezi anxietate, 8, 9, 13, 14, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 38, 105, 110
- anxietate
 Vezi angoasă, 106, 107, 108, 109, 110, 132
- binefacere, 12, 83, 91, 99, 100
- boală, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 22, 34, 37, 50, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 74, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 89, 90, 93, 98, 100, 105, 113, 114, 115, 116, 124, 130, 131, 132, 135, 141, 142, 143
- conștient, 43, 47
- corp (soma), 8, 9, 17, 19, 20, 21, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 61, 65, 96, 105, 114, 116
- cronic, 10, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 89, 90, 92, 97
- dorință, 8, 9, 13, 14, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 32, 33, 38, 41, 43, 44, 46, 50, 54, 117, 138, 142
- durere, 13, 30, 106, 107, 108, 110
- empatic, 14, 23, 107, 115, 124, 125, 134, 143
- empatie, 21, 94, 121, 124, 134, 142
- etică, 11, 14, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 83, 100
- fenomenologie, 10, 30, 62, 66
- filosofie, 23, 105
- inconștient (inconștiență), 8, 9, 17, 18, 19, 22, 24, 30, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 55
- intersubiectivitate, 7, 10, 12, 13, 14, 21, 52, 66, 68, 69, 116
- limbaj, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 30, 33, 137, 143
- medical, 7, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 43, 59, 60, 61, 62, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 114, 115, 116, 117, 121, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144
- medicina narativă, 7, 8, 10, 12, 17, 19, 20, 21, 22, 105, 106, 116
- narațiune
 Vezi povestire, poveste, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 25, 37, 46, 50, 52, 61, 105, 117
- narațiuni
 Vezi povestire, poveste, 9, 12, 14, 37, 40, 61, 106, 115
- patologic, 38, 54, 63, 114

patologie, 9, 13, 37, 38, 39, 60, 63, 97,
107, 114, 115, 117, 127, 135, 136, 137

poveste

Vezi narațiune, povestire, 9, 12, 22,
37, 50, 64, 105, 106, 115, 116, 139

povestire

Vezi narațiune, poveste, 7, 20

psihanaliză, 22, 23, 25, 30, 31, 32, 34, 37,
38, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 123

psihiatric, 14, 29, 64, 80, 124

psihiatrie, 13, 29, 30, 31, 34, 114, 116,
122, 123, 124

psihologic, 7, 9, 12, 39, 42, 43, 50, 60, 65,
66, 80, 90, 91, 92, 101

psihologie, 47

psyche

Vezi suflet, 29, 53

sens, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 33, 37,
38, 39, 40, 41, 42, 45, 49, 60, 62, 64, 67,
68, 73, 74, 113, 117, 129

simptom, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27,
28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 52, 53, 62,
63, 66, 67, 114, 127

subiect, 7, 8, 9, 10, 20, 21, 22, 23, 24, 25,
26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39,
40, 41, 42, 44, 46, 48, 51, 52, 54, 60, 61,
63, 64, 65, 66, 68, 94

subiectivitate, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 19, 37,
51, 57, 78, 84, 115, 116, 117, 124

suferință, 60

suferință, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19,
20, 21, 22, 23, 27, 28, 37, 38, 59, 60, 61,
64, 65, 67, 73, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 83,
84, 85, 91, 106, 107, 108, 114, 115, 116,
117, 121, 122, 124, 125, 129, 131, 139,
142, 144

suflet

Vezi psyche, 14, 29, 44, 48, 53, 121, 123,
124, 133

temporalitate, 10, 23, 57, 59, 60, 61, 62,
63, 64, 67, 68, 69

timp, 10, 12, 14, 20, 22, 23, 30, 35, 37, 43,
49, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68,
69, 97, 98, 100, 106, 109, 110, 113, 122,
123, 124, 125, 126, 139, 142

urgență, 11, 12, 13, 14, 39, 91, 97, 99, 100,
107, 108, 110, 122, 126, 131

LISTA AUTORILOR

Cristian BODEA este cercetător la Departamentul de Cercetări Socio-Umane (DCSU) din cadrul Institutului de Istorie „George Barițiu” al Academiei Române, Filiala Cluj-Napoca și cadru didactic asociat la Universitatea „Babeș-Bolyai”, Departamentul de Filosofie. A publicat numeroase studii în reviste de specialitate, este autorul cărții „Hiatus. Problema fenomenologică a inconștientului” (Eikon, 2018) și coeditor al volumului colectiv „Describing the Unconscious. Phenomenological Perspectives on the Subject of Psychoanalysis” (Zeta Books, 2020). Cristian Bodea este membru al Societății Române de Fenomenologie (SRF) și al Centrului de Filosofie Aplicată (CFA) al Universității „Babeș-Bolyai”.

Cristina-Nelida BORA a absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca și este medic rezident în specialitatea Obstetrică-Ginecologie la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca.

Virgil CIOMOȘ este psihanalist, profesor emerit la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca și director al Departamentului de Cercetări Socio-Umane (DCSU) din cadrul Institutului de Istorie „George Barițiu” al Academiei Române, Filiala Cluj-Napoca. A fost profesor invitat la Universitățile Paris 1, Panthéon-Sorbonne, Paris Est-Créteil, Poitiers, Lyon 3, Jean Monnet, cercetător asociat CRHIA (Centrul de Cercetare Hegel și Idealism German) al Universității din Poitiers și MCHA (Centrul de Cercetare în Metafizică) al Institutului Catolic din Toulouse, expert internațional și membru al Comitetului pentru Drepturile Fundamentale AUF, Paris (Agenția Universitară a Francofoniei) și membru al EPFCL, Paris (Școala de Psihanaliză a Forumurilor Câmpului Lacanian). Este unul dintre fondatorii și președinte al Societății Române de Fenomenologie și al Colegiului European. Domenii de cercetare: aristotelism, filosofie transcendentă, fenomenologie și psihanaliza. Cărți: „Timp și eternitate. Aristotel, Fizica IV, 10-14. Interpretare fenomenologică” (Paideia, 1998), „Conștiință și schimbare în Critica rațiunii pure. O perspectivă arhitectonică asupra kantianismului” (Humanitas, 2006), „De la experiența sublimului la starea de excepție” (Paideia, 2006), „Être(s) de passage” (Zeta Books, 2008).

Ion COPOERU este profesor de Filosofie modernă, fenomenologia dreptului și etică aplicată la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca și bursier Fulbright la Universitatea din Memphis (SUA) (martie-iulie 2018). Interesele sale de cercetare se axează în principal pe fenomenologie (intersubiectivitate, cotidianitate, drept și adicții) și etica profesională, cu accent pe drept și asistență medicală. Este autor al lucrărilor „Aparență și sens” (Dacia, 2000) și „Structuri ale constituirii” (Casa Cărții de Știință, 2001), editor sau coeditor al mai multor volume colective, precum „Phenomenology” 2005, vol. III (cu Hans Rainer Sepp, Zeta Books, 2007), „Phenomenology” 2010, vol. III (cu P. Kontos și A. Serrano, Zeta Books, 2011), „Recherches phénoménologiques actuelles en Roumanie et France” (cu Alexander Schnell, Olms, 2006) și autor sau coautor al unor articole și capitole de carte pe temele de cercetare mai sus amintite. Ion Copoeru este, de asemenea, vicepreședinte al Societății Române de Fenomenologie (SRF) și membru în echipa editorială a revistei „Studia Phaenomenologica”.

Horațiu CRIȘAN este șef de lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca. Licențiat al Facultății de Istorie și Filosofie, specializarea Filosofie, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca (2000). A obținut diploma de Masterat în Filosofie la Universitatea Paris XII, Franța (2001). Bursier Herder al Fundației Alfred Toepfer la Universitatea din Viena (2005-2006) și bursier DAAD la Bergische Universität Wuppertal (2009). Doctorat în Filosofie susținut la Universitatea Babeș-Bolyai (2011). Bursier postdoctoral, proiect POSDRU/159/1.5/S/133675, Beneficiar Academia Română, Filiala Iași (2014-2015). A publicat mai multe studii și articole în volume colective și reviste științifice. Contact: horatiu.crisan@umfcluj.ro.

Codruța Liana CUCEU este cercetător științific II în cadrul Departamentului de Cercetări Socio-Umane al Institutului de Istorie „George Barițiu” al Academiei Române, Filiala Cluj-Napoca. Este licențiată în filosofie (2002) și absolventă a masteratului de „Cultură și comunicare” din cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca (2003). În 2010 a obținut titlul de doctor în filosofie. A beneficiat de o bursă postdoctorală (2011-2013) la Academia Română, Filiala Iași și de câteva stagii de cercetare internațională la Central European University (2013), Philosophische Fakultät III, Institut für Sozialwissenschaften, Humboldt Universität, Berlin (2011-2012), Bergische Universität Wuppertal 2009, Institut für Philosophie, Universität Wien (2006). Domeniile sale de interes sunt filosofia politică și socială, filosofia moralei filosofia religiilor și filosofia românească. Este autoarea cărții „Spațiu public și spațiu privat. O perspectivă românească” (2013) și a peste cincizeci de studii de specialitate publicate în volume colective și reviste naționale și internaționale. A publicat câteva ediții critice din opera lui Eugeniu Speranția și o traducere din limba engleză a unui volum de filosofia religiilor, mai multe studii și articole în volume colective și reviste științifice,

dintre care cele mai recente sunt următoarele: *Este reproducerea, întotdeauna, o garanție a bunăstării? Rolul teoriilor morale contemporane în depășirea paradigmei infanto-centrice*, articol publicat în „Anuarul Institutului de Istorie «George Barițiu» din Cluj Napoca”, Series Humanistica, tom. XVI 2018, pp. 153-164; *Modelarea antinatalismului ca element al bunăstării: raționalitate versus iraționalitate în decizia de a deveni părinte* în „Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane”, vol. 31, Cluj-Napoca, Edit. Limes & Argonaut, 2018, pp. 62-68; *Forme de ideologizare a eticii grijii: egalitatea de gen în instituțiile academice românești. Cazul Universității Babeș-Bolyai în perioada comunistă* în „Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane”, vol. 33, Cluj-Napoca, Edit. Limes & Argonaut, 2020, pp. 33-43.

Iulia Corina FAUR a absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca și este medic rezident în specialitatea Obstetrica-Ginecologie la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca.

Teodora IACOB a absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca în anul 2008 și este medic primar în boli infecțioase la Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Cluj-Napoca, Secția clinică de adulți. A obținut doctoratul în medicină în anul 2021 și a fost cadru didactic asociat la Disciplina Semiologie medicală – secția engleză (2009-2018) și Asistent universitar la Disciplina Boli Infecțioase – secțiile română, engleză și franceză (2011-2019). Din 2018 este cadru didactic asociat la Universitatea Babeș-Bolyai – Cluj School of Public Health.

Raluca MAXINAN este rezidentă în specialitatea Alergologie și imunologie clinică.

Măriuța Alexandra MĂDĂLINA este rezidentă în specialitatea Alergologie și imunologie clinică.

Bogdana MICLEA este medic specialist în Psihiatrie pediatrică la Centrul de Sănătate Mintală pentru Copii (aparținând de Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii din Cluj-Napoca), asistent universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, disciplina Psihologie medicală și psihiatrie, membră a Alianței Române de Prevenție a Suicidului. Bogdana Miclea este, de asemenea, psihoterapeut de copii și adulți, cu interese particulare în dezvoltarea copilului și formarea identității, cu patologia corelată (psihoză, autism, ADHD, alte tulburări de dezvoltare). Este interesată și de poziția pe care medicul o ocupă, ca punct de intersecție între profesionist ce recunoaște, numește, tratează boli și alteritate complexă ce asistă, însoțește și contribuie la conturarea identității pacientului.

Lucian MUREȘAN este medic primar cardiolog la spitalul „Emile Muller” din Mulhouse, Franța, cu supraspecializare în electrofiziologia cardiacă. Este

certificat de către Societatea Europeană de Ritmologie (European Heart Rhythm Association) (2017), Societatea Franceză de Cardiologie (2018) și Societatea Română de Cardiologie (2019) în domeniul ritmologiei cardiace. Este absolvent al Facultății de Medicină Generală din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, promoția 2007. Și-a efectuat rezidențiatul în cardiologie la Spitalul de Recuperare din Cluj-Napoca, devenind medic specialist cardiolog în 2014. A efectuat un fellowship în ritmologia intervențională la „Institut Lorrain du Coeur et des Vaisseaux Louis Mathieu”, din Vandoeuvre-les-Nancy, Franța în perioada 2008-2010. A lucrat ca asistent universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca în perioada 2011–2016. A obținut titlul de doctor în medicină la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca în 2016. Este autor și coautor a peste 70 de studii și articole în volume colective și reviste științifice. Contact: lucian.muresan@ghrmsa.fr.

Andrea-Augusta NEMEȘ este medic primar psihiatru, șef al compartimentului Psihiatrie din cadrul Spitalului Clinic Militar de Urgență „Dr. Constantin Papilian” din Cluj-Napoca. Andrea-Augusta Nemeș are, de asemenea, formare în psihoterapie pozitivă și hipnoză eriksoniană.

Cristina PETRIȘOR este conferențiar universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca și Medic primar Anestezie și Terapie Intensivă la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Șef Secție Clinică ATI I. Cristina Petrișor este Diplomat al Societății Europene de Anestezie și examinator pentru acordarea Diplomei Europene de Anestezie și Terapie Intensivă. Domeniile sale de cercetare sunt: alergoanestezia, cercetarea biomedicală, educația medicală și formarea medicilor, kinetoterapeuților și asistenților medicali în specialitatea ATI. Activitatea sa clinică de bază este anestezia și terapia intensivă a pacientului politraumatizat și alte situații acute, susținerea disfuncțiilor de organe la pacientul critic.

Monica Andra ROTAR este rezidentă în specialitatea Alergologie și imunologie clinică la Institutul Regional de Gastroenterologie – Hepatologie „Prof. Dr. Octavian Fodor” din Cluj-Napoca.

Roxana TRIȘTIU este asistent universitar la catedra de Protetică dentară a Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca. De asemenea, este Doctor în Științe medicale, medic primar în specializarea Protetică dentară și medic specialist în Ortodonție și ortopedie dentofacială.



ISBN: 978-37-606-1421-4